



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
PIERRE LOO**

**Bp 137
58405 LA CHARITE SUR LOIRE
OCTOBRE 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOO	
Adresse	Bp 137 58405 LA CHARITE SUR LOIRE
Département / région	NIEVRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	580780971	CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOO - EPSM DE LA NIEVRE	51 rue des hotelleries 58400 La Charite Sur Loire
Etablissement de santé	580005668	CH PIERRE LOO - CLINIQUE DU PRE POITIERS	Rue du docteur jules renault 58000 NEVERS
Etablissement de santé	580005767	CH PIERRE LOO	1 rue des promenades 58500 CLAMECY
Etablissement de santé	580972636	CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOO	Bp 137 58405 LA CHARITE SUR LOIRE
Etablissement de santé	580005296	H.J. POUR ADULTES- DECIZE	Rue marguerite monnot 58300 Decize
Etablissement de santé	580005270	H.J. POUR ADULTES-COSNE	87 rue jean jaures 58200 Cosne-Cours-Sur-Loire
Etablissement de santé	580005262	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES - NEVERS	2 place de la republique 58000 Nevers
Etablissement de santé	180004533	CHS CENTRE READAPTATION SOCIO- PROFESSIONNEL	18140 Sancergues

Etablissement de santé	580005304	H.J. POUR ADULTES-CORBIGNY	PLACE SAINT LOUIS 58800 Corbigny
------------------------	-----------	----------------------------	-------------------------------------

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	170	60

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions avec les structures sociales et sociales du département pour chacun des pôles cliniques soit 54 conventions : Associations PAGODE, Fédération des Œuvres laïques, Nièvre Regain, Interstice, ADSEAN, ESAT... - Conventions avec les structures sanitaires et médicosociales du département dans le cadre de la psychiatrie de liaison et autres (CH Agglomérations de Nevers, CH Cosne sur Loire, Clamecy, Decize, Château Chinon, Lormes, Henri Dunant la Charité sur Loire, Clinique privée, EHPAD du département soit : 37 ; MAS. Foyer de vie.... - Partenariat avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Nièvre (SPIP) - Convention de coopération entre le CH Pierre Lôo et le CHAN pour la réalisation d'examens de biologie médicale - Convention d'organisation des audiences du Juge des Libertés et de la Détention pour les soins psychiatriques sans consentement - Convention de mise à disposition de 2 agents "formateurs manutention" du CHPL auprès de l'EHPAD de Varzy - Convention relative à la prise en charge des patients hospitalisés dans le Centre de Rééducation PASORI de Cosne sur Loire, par le service d'électro-encéphalographie du CH Pierre Lôo - Projet culturel avec la Compagnie Sans Père (association itinéraires singuliers) Pôle PRI - Evaluation des besoins des malades hospitalisés nécessitant des soins de support ou de soins palliatifs (Réseau Emeraude) - Développer et améliorer la psychiatrie de liaison avec les structures médicales et médico-sociales Avenant : Réalisation d'un jardin thérapeutique au sein de l'EHPAD par les patients de l'HJ Nevers - Activité socio thérapeutique utilisant la relation avec les animaux comme médiateur à la relation Refuge de Bauregard - Nettoyage du linge CH Henri Dunant la Charité sur Loire, CH Cosne, MADEF - Organisation des conditions de prise en charge par le CHS de la protection juridique des résidents du CH H.Dunant
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Fermeture du laboratoire depuis le 15 Avril 2013

Création d'activités nouvelles ou reconversions	/
---	---

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adultes	Unité d'hospitalisation Nevers ou Sud (?)	A définir	Programmé	SAU sous contrainte avec isolement dans séjour	Santé mentale
2	Adultes	HDJ - Decize	A définir	Programmé	Simple	Santé mentale
3	Adulte	UPS	A définir	Programmé	Simple	Santé mentale
4	Personne âgées	Gérontopsychiatrie	A définir	Programmé	Complexe (ex: ré hospitalisation)	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

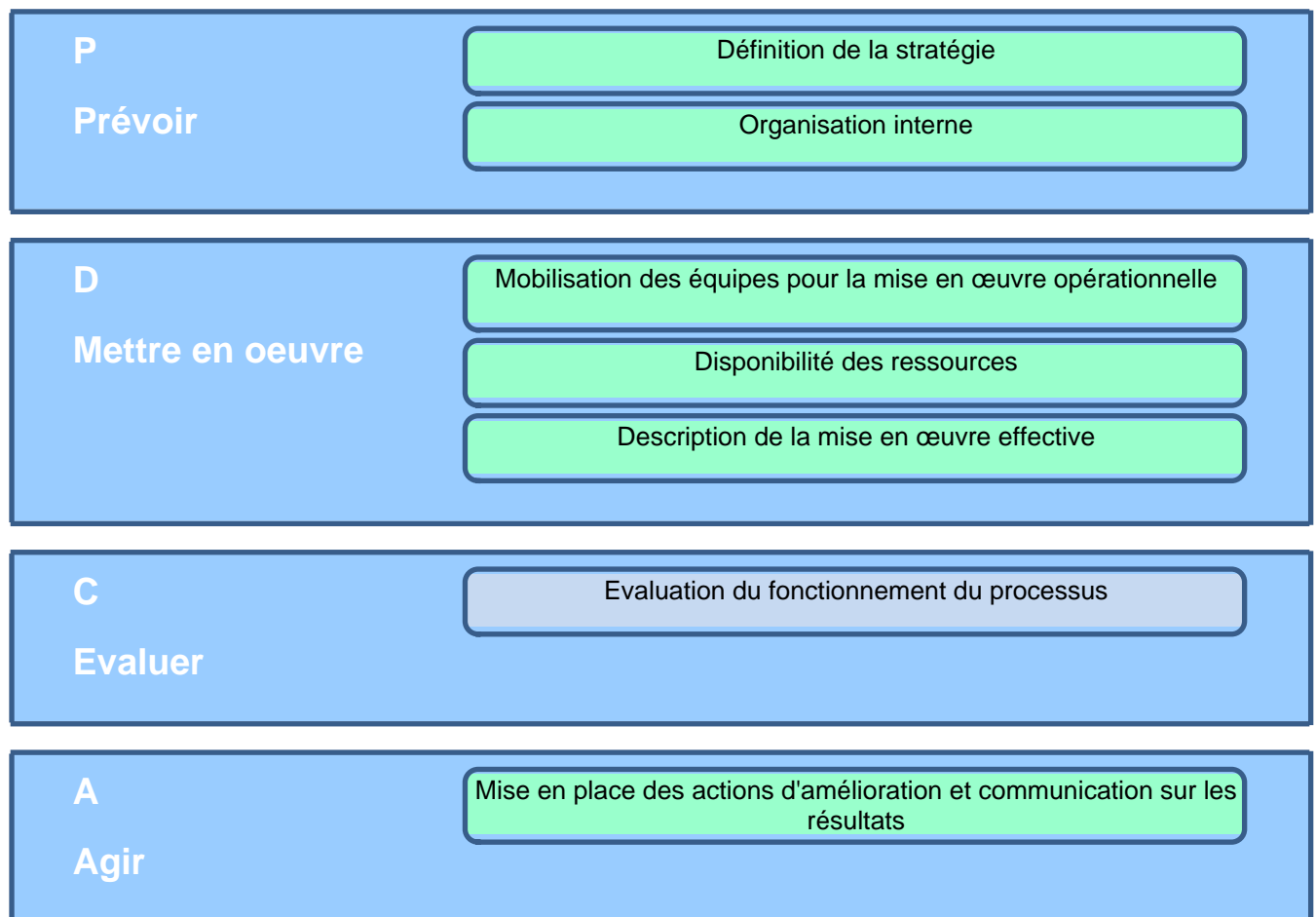
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La directrice de l'établissement et le président de la CME ont formalisé leur engagement dans l'élaboration et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques et regroupe les différentes organisations mises en place et permettant d'identifier ces risques :

- la gestion des évènements indésirables
- le développement d'une culture qualité et sécurité des soins
- le développement du DPC pour les personnels paramédicaux
- le développement EPP
- la maîtrise du risque infectieux
- le recueil et l'exploitation des données relatives à l'évaluation de la satisfaction des usagers
- les vigilances sanitaires, leur coordination et l'organisation mise en place pour répondre aux alertes descendantes et ascendantes
- la gestion des plaintes et réclamations
- la gestion de la veille réglementaire
- la gestion de crise.

Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité.

Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.

Elle comprend des objectifs et intègre des indicateurs mesurables déclinés par secteur d'activité.

La stratégie de développement de la démarche EPP, résultant d'une concertation entre les professionnels de santé et les gestionnaires, est inscrite dans la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il existe un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prenant en compte :

- l'analyse de la conformité à la réglementation
- l'analyse des évènements indésirables et le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite
- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification
- les engagements fixés dans le C.P.O.M
- la prise en compte des dysfonctionnements et des risques graves et récurrents sur la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament, les dispositifs de vigilance et les risques associés aux soins et identifiés a posteriori et a priori
- l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la CRU.

Les actions du programme qui sont reprises dans le PAQSS, sont priorisées selon un processus de hiérarchisation défini.

Pour chaque plan d'actions, un ou des pilotes sont identifiés, un échéancier et des modalités de suivi sont définis. Certains plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des pôles d'activités et intégrés à l'échelle de l'établissement afin d'en assurer un pilotage global. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.

La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins comprend des objectifs et intègre des indicateurs mesurables déclinés par secteur d'activité. Le schéma directeur informatique prend en compte le programme hôpital numérique et le recueil des indicateurs est réalisé.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend :

- un niveau de gouvernance et de politique institutionnelle
- un niveau de pilotage, de coordination et d'animation
- un niveau de mise en œuvre opérationnelle.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le Comité de pilotage Qualité (COPIL) composé :

- de la directrice
- du président de la CME
- du médecin psychiatre représentant la CME
- du médecin DIM
- du coordonnateur des risques associés aux soins
- du coordonnateur qualité
- du médecin hygiéniste
- du médecin du travail

- des représentants des usagers de l'UNAFAM
- du représentant des usagers UDAF
- du responsable des ressources humaines
- de la responsable des services économiques, logistiques et techniques
- du responsable des travaux
- du responsable des systèmes d'information
- des chefs de pôles
- du pharmacien chef et le pharmacien
- des cadres supérieurs de pôles
 - du cadre de pôle PHEDE
 - de l'infirmier hygiéniste
 - du responsable sécurité
 - de la secrétaire CHSCT
 - de la secrétaire SST
 - de la cadre qualité

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée conformément à la réglementation.

Le pilotage des différentes missions est défini :

- gestionnaire des risques
- référents des risques
- développement de la démarche E.P.P. dans les secteurs d'activité
- veille réglementaire
- vigilances sanitaires
- une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire,
- une coordination est en place entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion de QGDR
- gestion des plaintes et réclamations
- gestion des évènements indésirables
- gestion de crise
- maîtrise du risque infectieux

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.

Les référents qualité, composés de professionnels paramédicaux et de l'encadrement, assurent le lien entre les agents de leur unité et le service qualité.

L'établissement est engagé dans le développement du DPC pour les professionnels paramédicaux.

Les ressources documentaires nécessaires à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont définies et validées.

L'établissement s'est doté d'un logiciel de documentation dans lequel sont intégrés l'information sur le management de la qualité, les supports de déclaration des EI, les procédures.

Le PAQSS et les documents de suivi des actions sont intégrés dans l'intranet de l'établissement.

L'établissement porte la stratégie de la qualité, sécurité à la connaissance de tous en interne et en externe par :

- des séances d'information/formation organisées dans les services.
- Intranet
- journée organisée par le comité éthique
- journée sécurité des patients
- journée à thème.

La déclaration des évènements indésirables est informatisé (logiciel YES), cependant :

- les ASH n'ont aucun identifiant leur permettant de faire des FEI,
- il existe un système parallèle pour les déclaration d'EI pour le DPI.

Le circuit des interfaces est organisé avec les secteurs : cliniques, médico-techniques (EOH, PUI), logistiques (linge, déchets, transports, eau) et administratifs (équipe QGDR, CRU), par la nomination de groupes référents et par celle des différents référents.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins. Des actions en déclinaison du programme d'actions institutionnel sont déclinées par secteur.

La mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins est effective :

- plans d'actions dans les secteurs d'activité,
- organisation pour la mise en œuvre de démarches E.P.P.,
- relais effectif par l'encadrement,

- organisation d'une communication interne permettant le partage de l'information ascendante et descendante. Pour chaque plan d'actions un ou des pilotes sont identifiés, un échéancier et des modalités de suivi sont définis. Certains plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des pôles d'activités et intégrés à l'échelle de l'établissement afin d'en assurer un pilotage global.
Des outils de communication interne sont en place comme le logiciel intranet.
Les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont disponibles

Des actions de formation sont mises en œuvre :

- formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirables,
- formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes,
- formation à l'analyse des risques a priori.

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels (méthode ORION).

Des outils de communication interne (intranet, logiciel YES) sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Les organisations et les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement :

- procédures/protocoles mis en place pour maîtriser les risques dans les secteurs d'activités
- outils d'aide méthodologique
- documents permettant le recueil des attentes des usagers
- plans d'urgence permettant de faire face aux situations de crise
- fiches de signalement des événements indésirables
- documents permettant de répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes
- documents permettant d'assurer l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle
- documents permettant d'assurer la gestion des plaintes et réclamations

Des modalités de coordination permettant d'assurer la mobilisation de toutes les compétences au service de la gestion des risques associés aux soins sont organisées.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les démarches de management de la qualité et de gestion des risques sont mises en œuvre et animées au quotidien par le service qualité, sous l'égide du coordonnateur qualité.

Ce service est composé d'un coordonnateur qualité à temps plein et d'une assistante qualité à temps plein.

Les référents qualité, composés de professionnels paramédicaux et de l'encadrement, assurent la communication ascendante et descendante des informations relatives à la mise en œuvre de la stratégie et du projet qualité et gestion des risques.

Les référents qualité et les professionnels participent aux réunions qualité, ainsi que ponctuellement à différents groupes de travail sur des thématiques liées aux démarches de qualité et gestion des risques:

- la diffusion sur intranet de documents supports
- les questionnaires de satisfaction
- le tableau de bord de suivi des évaluations de pratiques professionnelles
- des méthodes d'analyse de type CREX (méthode ORION, Audit, fiche analyse des causes)
- la cartographie des risques.

Les professionnels sont engagés dans les démarches d'EPP, déclarent des EI et participent aux simulations de crise.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée et permet d'identifier des actions correctrices.

Elle est basée sur le suivi régulier de la mise en œuvre du programme QGDR à l'échelle de l'établissement. :

- évaluation de la satisfaction des usagers,
- exploitation et analyse des événements indésirables.
- évaluation de l'ensemble du processus management de la qualité et de la gestion des risques

Le bilan réalisé permet de mesurer l'impact de l'action en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques.

Des tableaux de bord permettent de suivre régulièrement la progression des indicateurs qualité retenus par l'établissement.

L'établissement présente le bilan du processus aux instances.

Il est procédé à un benchmarking externe avec d'autres établissements (exemple observatoire national de la violence en milieu de santé) et interne entre services.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs :

- politique QGDR et stratégie de développement de l'EPP révisées,
- PAQSS réajusté et nouveaux objectifs d'amélioration mesurables définis.

Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusés en interne :

- l'ES rend compte de ses démarches EPP devant ses instances,
- les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont affichés dans les services.

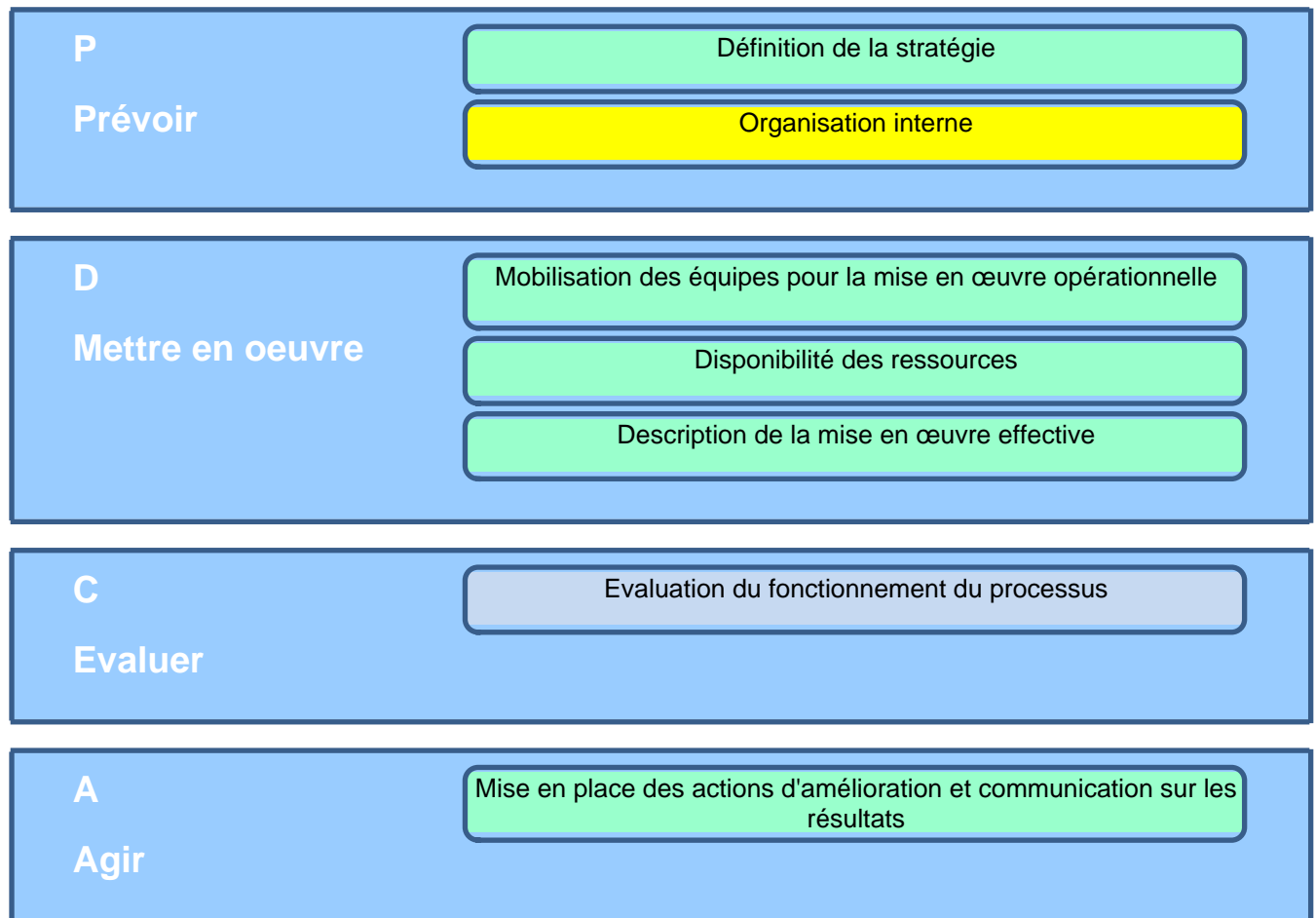
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CRU et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CRU, analyse des E.I.). Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. Les risques identifiés sont par exemple :

- communication des résultats des indicateurs par pôles partielle,
- confidentialité partiellement assurée au sein des locaux en ambulatoire,
- information du patient par les professionnels en cas de dommages liés aux soins partiellement assurée,
- objectifs en matière de promotion de la bientraitance non formalisés,
- mesurer l'impact des actions d'améliorations.

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Le P.A.Q.S.S. est validé par les instances. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). La stratégie « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie à partir de cette analyse de risques. Elle est en cours de validation par les instances, révisée périodiquement et fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables par secteur d'activité. L'articulation se fait à trois niveaux de centralisation :

- le P.A.Q.S.S. qui comprend toutes les actions,
- le compte qualité qui comprend les actions prioritaires,
- les tableaux de bord dans chaque service.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la stratégie « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie dans l'établissement. Le pilotage de la mise en œuvre de cette stratégie et du suivi du programme d'action est assuré par le pilote. La mission de ce dernier prévoit également de veiller à la communication des résultats. Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés (professionnels ressources en interne pour la douleur par exemple) et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de missions. Les ressources documentaires nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients sont définies et formalisées, par exemple, les procédures suivantes :

- modalités de signalement des cas de maltraitance,
- modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage,
- information à donner au patient,
- modalités de recueil du consentement éclairé ou du refus de soins,
- modalités d'information du patient en cas de dommage lié aux soins,
- modalités de prise en charge et de suivi d'un patient souhaitant quitter l'établissement contre l'avis médical,
- modalités relatives aux directives anticipées.

L'établissement s'est doté d'un logiciel de documentation dans lequel sont intégrés la promotion des droits et de la bientraitance des patients, les supports de déclaration des EI, les procédures. L'établissement diffuse l'information par le biais de différents supports : Intranet, avis du comité d'éthique. Cependant, l'organisation mise en place ne permet pas le respect des libertés individuelles. En effet, la liberté d'aller et venir pour les patients n'est pas respectée car la fermeture des portes des unités empêche les patients en hospitalisation libre de sortir et de rentrer librement. Les portes sont fermées car au sein des unités cohabitent des patients en hospitalisation libre et sans consentement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients :

- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention),
- dans le cadre du recueil de la volonté du patient (personne de confiance, directives anticipées, information et consentement éclairé).

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent également de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues et des actions correctives sont identifiées si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des actions d'information et de formation ont été réalisées.

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Les ressources matérielles sont disponibles.

Des procédures sont mises à la disposition des patients et l'accès à ces ressources est facilité.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CRU.

Un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mobilisation des équipes pour la prise en compte de ces questions bientraitance et droits des patients est effective :

- soins réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité
- actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance
- conditions d'hébergement permettant le respect de la dignité et de l'intimité des patients
- respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
- accès aux secteurs d'hospitalisation facilités pour l'entourage
- accueil et soutien de l'entourage
- désignation de la personne de confiance
- participation du patient à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet de soins personnalisé
- démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect.

La réflexion bénéfico-risque relative aux droits des patients fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante. Par exemple après réflexion au sein d'un groupe de travail et après avis du comité d'éthique et de la CRU, il a été proposé comme moyen d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, de prendre, sous réserve de son accord, une photo.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie.

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement.

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels (grilles d'analyse de risques, E.P.P.)

La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective.

Les ressources documentaires nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients sont connues.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « bientraitance et promotion des droits des patients » (taux de connaissance du protocole, information du patient sur la mise en chambre d'isolement, suivi médical du patient, taux de conformité de prescription médicale de MCI, classement du dossier MCI dans le dossier du patient, traçabilité de la visite médicale dans les 2h, taux de traçabilité des différentes restrictions de liberté).

Les évaluations menées permettent d'identifier des actions correctives.

L'établissement mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs) et communique sur les résultats obtenus par l'intermédiaire des cadres, de l'intranet et lors des instances.

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des actions d'amélioration sont intégrées au programme d'action institutionnel.

La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations.

L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière la CRU sur ces questions.

La communication est réalisée en interne par les cadres, les compte-rendu des instances, l'intranet et avec l'extérieur par les courriers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

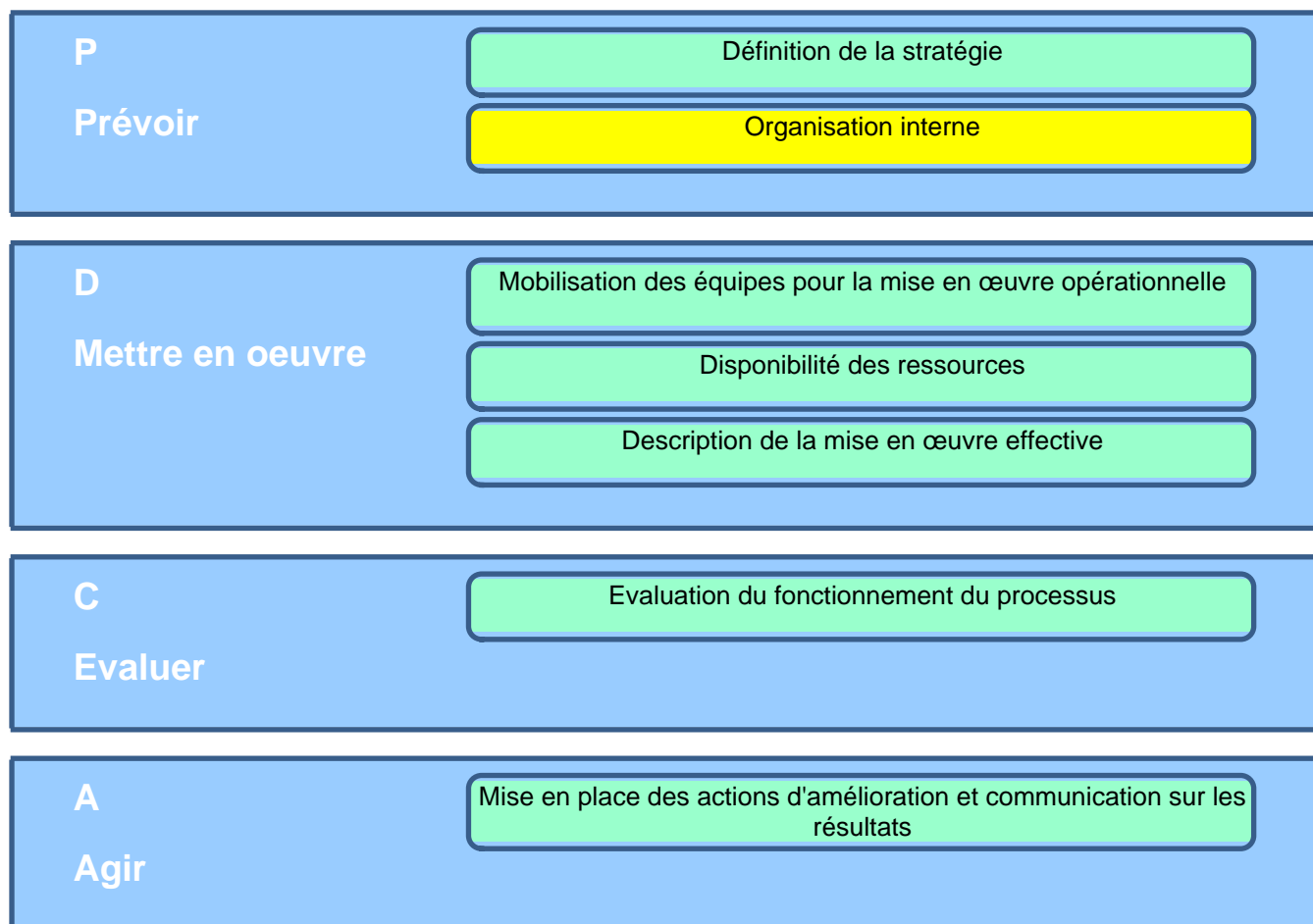
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre du parcours du patient, l'établissement a identifié ses besoins et ses risques, grâce à plusieurs sources de données : indicateurs nationaux, indicateurs internes, l'analyse des événements indésirables, le SROSS et le CPOM.

Ces risques ont été hiérarchisés, selon la méthode HAS, priorisés puis intégrés au PAQSS et au compte qualité.

Des mesures de traitement de ces risques ont été élaborées et intégrées au compte qualité et au PAQSS, ce qui permet de les valider lors de la présentation annuelle de celui-ci aux instances.

Les plans d'action précisent les responsabilités pour chacune des actions, les modalités de suivi (EPP, audits,...) et la planification dans des délais fixés.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas établi d'organisation pour piloter le processus. Les cadres et chefs de pôle organisent la prise en charge du patient mais sans harmonisation institutionnelle. La CME est en cours de réflexion sur l'organisation d'un groupe de travail associant médecin et encadrement pour l'élaboration d'un projet médical et soignant.

Les ressources en compétences (qualificatives et quantitatives) sont identifiées tant pour les médecins que pour les soignants.

Le recueil des besoins en formation des agents fait l'objet d'une procédure et les cadres de proximité sont impliqués dans ce recueil lors des réunions de service. Les actions de formation proposées pour les non médecins sont inscrites au plan de formation annuel.

Il n'y a pas, par contre, à proprement parler de recueil des besoins en formation des médecins mais des demandes ponctuelles individuelles.

Le développement du DPC n'est effectif que pour les professionnels paramédicaux.

Les actions de formation sont priorisées en fonction de l'intérêt institutionnel et privilégient les formations promotionnelles et celles réalisées en interne.

Les besoins en procédures sont identifiés. Il peut s'agir de procédures résultant de dysfonctionnements sur le terrain (EI par exemple) ou de procédures élaborées dans le cadre de la mise à disposition d'un outil pour les professionnels (DPI par exemple).

Les besoins en supports d'information pour les patients ont été identifiés et figurent au compte qualité.

Le schéma directeur d'information prend en compte le programme hôpital numérique et le recueil des indicateurs est réalisé. Les résultats sont conformes aux attendus de l'HAS et saisis sur la plateforme OSIS.

Un projet de télémédecine est en cours de réflexion.

La fonction transport est organisée au sein de l'établissement.

Les interfaces sont établies entre les différents secteurs d'activité et les différents acteurs.

Les interfaces sont réalisées avec les intervenants extérieurs et notamment des soignants interviennent dans les services d'urgence et des psychiatres assurent une liaison dans ces établissements. Une convention régit cette activité.

Les interfaces sont établies avec l'administration pénitentiaire.

Des consultations externes sont réalisées pour les patients le nécessitant.

La biologie est externalisée vers un établissement public.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des pôles est en cours d'élaboration des projets de pôle.

Des réunions entre cadres de pôle et cadres de proximité sont organisées dans l'ensemble des pôles avec une périodicité définie et des compte-rendus.

Les cadres de proximité organisent des réunions de service afin d'informer les agents sur les actualités institutionnelles et s'assurer des bonnes pratiques et permettre aux agents de transmettre les dysfonctionnements et/ou améliorations souhaitées. Ces réunions sont le plus souvent organisées à périodicité définie et font l'objet d'un compte-rendu.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs soignants sont disponibles dans chaque pôle. L'établissement n'a pas recours aux intérimaires ni aux heures supplémentaires.

Par contre au niveau médical les ressources nécessaires identifiées ne sont pas disponibles ce qui perturbe la prise en charge des patients sans mettre en jeu la sécurité des patients. Les effectifs

médicaux nécessaires ne sont pas présents mais la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient est assurée grâce aux dispositions mises en œuvre. En effet l'établissement a identifié ses besoins en compétences et ressources médicales mais le recrutement n'a pu s'opérer. Aucun médecin n'a fait acte de candidature malgré une annonce dans un journal spécialisé. Une candidature d'un médecin hors CEE n'a pu être retenue. Un courriel a été adressé à l'ARS par le chef d'établissement pour l'informer de la situation. Un appel auprès de la faculté de Dijon a été lancé afin d'obtenir des internes.

Les professionnels soignants sont formés, comme le montre l'émargement des formations, notamment à la prise en charge des urgences vitales. En ce qui concerne les médecins il n'est pas possible d'identifier la formation car il n'existe pas de dispositif formalisé.

Les procédures identifiées sont disponibles sur l'intranet de l'établissement et connues des professionnels et notamment la procédure de prise en charge des urgences vitales.

Les documents d'information sont à la disposition des patients. Il s'agit en particulier du livret d'accueil et de la charte du patient hospitalisé, affichée dans les unités de soins.

Les ressources informatiques sont disponibles et adaptées à la prise en charge du patient tout comme le matériel d'urgence vitale.

L'accueil et les locaux ne sont pas tous adaptés aux personnes handicapées. En effet certaines structures extra-hospitalières ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes prennent en charge les patients aux différentes étapes de son parcours en l'adaptant aux spécificités liées à sa pathologie et à ses modalités de prise en charge.

L'accueil est organisé. Les patients sont le plus souvent admis en provenance du SAU.

Le dossier patient est créé par les soignants mais aussi par la secrétaire au CMP et permet de tracer les différentes étapes de la prise en charge.

Le livret d'accueil est remis au patient et lui est expliqué par les soignants lorsque son état psychiatrique le rend accessible à ces explications.

La personne à prévenir et la personne de confiance sont recueillies et tracées dans le dossier.

L'accueil de l'entourage est organisé avec des horaires de visite et selon les consignes médicales. La plupart des services disposent d'un salon destiné à la réception des familles.

Une évaluation initiale est réalisée par le médecin de garde ou un médecin du service en fonction de l'heure et du jour d'arrivée du patient. Sur le plan soignant, une évaluation initiale est également réalisée.

Cette évaluation initiale permet de recueillir l'évaluation de la douleur, les antécédents, d'évaluer le risque suicidaire avec le cas échéant l'utilisation d'échelles standardisées disponibles dans le dossier. Le bilan somatique est réalisé dans les délais requis. Le traitement personnel du patient est pris en compte par le médecin. Les éventuels troubles nutritionnels sont dépistés. L'identité du patient est vérifiée et une copie de la pièce d'identité est intégrée au dossier patient informatisé.

La prescription d'antalgique s'accompagne d'une réévaluation de la douleur tracée.

Le projet de soins personnalisé est tracé dans le dossier.

L'évaluation continue est tracée et l'organisation du dossier patient permet le recueil des interventions des différents professionnels, notamment des somaticiens, y compris celles des intervenants extérieurs en scannant les documents relatifs à ce recours.

En cas de restriction de liberté une prescription quotidienne est réalisée, y compris pour la levée de cette restriction et la surveillance infirmière horaire est tracée. Certaines chambres d'isolement sont équipées de caméras sans enregistrement et dont l'image est projetée sur un poste informatique assurant la confidentialité des images. Une information orale sur l'existence de ces caméras est faite au patient si besoin.

La concertation pluridisciplinaire est tracée. Dans certains secteurs des médecins généralistes libéraux participent régulièrement à des réunions de service.

L'information sur son état de santé est communiquée au patient et, avec son accord, à son entourage.

Des actions d'éducation thérapeutique sont réalisées par le pôle médico-technique de façon ponctuelle, ciblées mais également dans le cadre d'un programme d'ETP autorisé sur la consultation pharmaceutique en hospitalisation auquel participe l'établissement.

L'organisation des services et notamment des gardes et astreintes permet d'assurer la continuité des soins et la prise en charge des urgences vitales. La liste des permanences médicales et administratives est affichée dans les bureaux infirmiers.

Les prescriptions d'examen biologiques sont réalisées sur le dossier patient informatisé. Les résultats parviennent aux services par voie postale et sont scannés mais sont également accessibles sur un serveur de résultats.

Les demandes d'examen d'imagerie et de consultations externes sont manuscrites, scannées de même que les résultats qui sont intégrés de la même façon dans le dossier patient informatisé.

La sortie du patient est organisée en amont, avec son entourage et un courrier de fin d'hospitalisation est adressé au médecin référent du patient en ambulatoire. Si le patient est suivi au CMP une fiche de liaison intégrée au DPI est rédigée. Une ordonnance de sortie est remise au patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours du patient est globalement réalisée de façon séquencée et concerne le dispositif d'accueil, la traçabilité de l'évaluation initiale et continue du patient, la prise en charge somatique, la prise en charge nutritionnelle, la prise en charge du risque suicidaire, la continuité de la prise en charge en aval. Ces évaluations reposent sur des indicateurs régulièrement suivis, nationaux et locaux. Les professionnels sont sollicités pour la réalisation de ces évaluations par l'intermédiaire de leur messagerie ou dans le cadre de groupe de travail ou d'EPP.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS avec un responsable et une échéance. Un bilan du programme d'amélioration est réalisé une fois par an. La diffusion des résultats aux professionnels est assurée par l'encadrement et par voie de messagerie. La communication est également réalisée en externe.

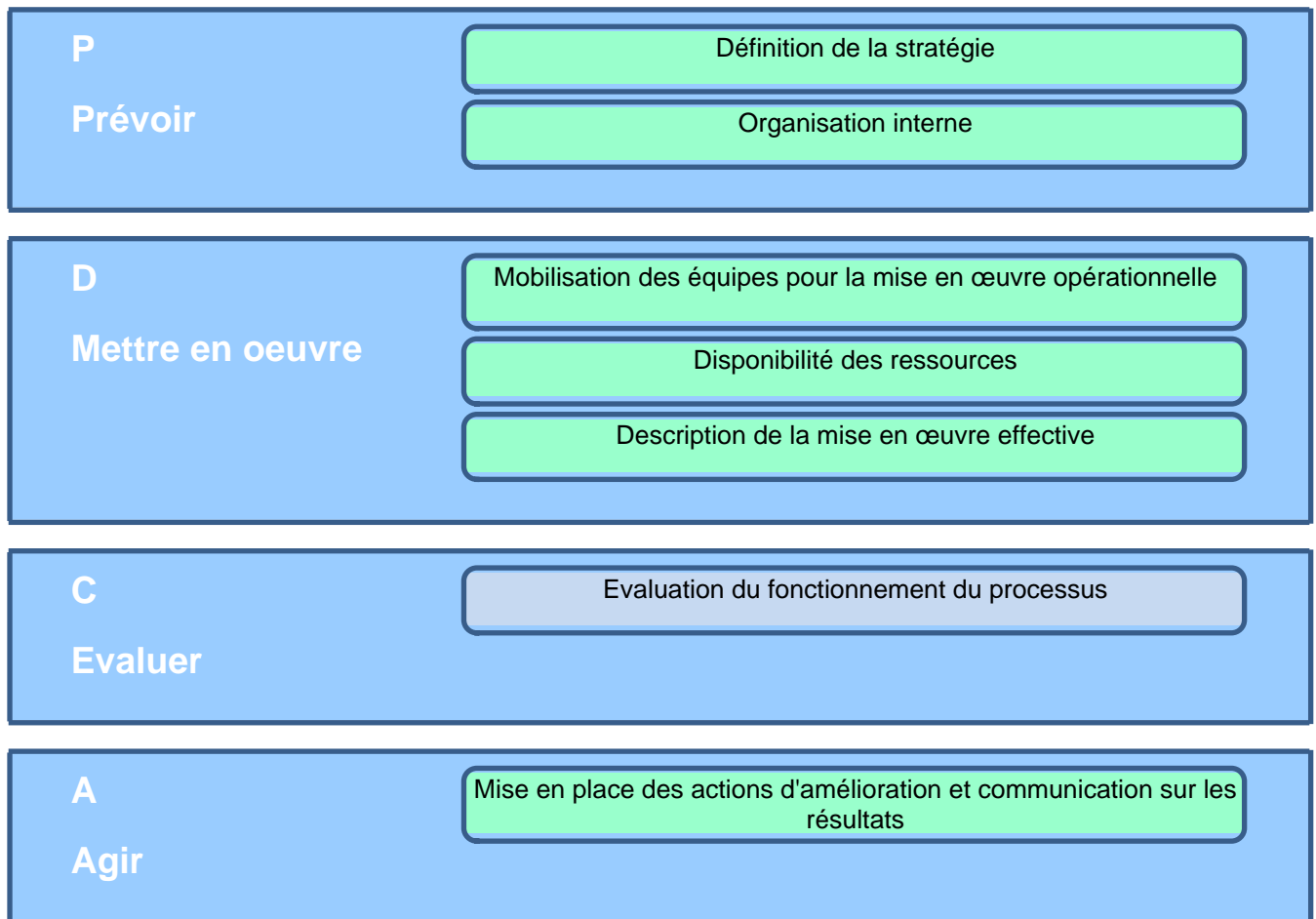
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une version 2 de la politique dossier patient depuis décembre 2015. Elle identifie la structure de la thématique dossier : le pilote et 5 sous groupes de travail, leur mission, les groupes d'appui (CIV, COMEDIMS, CLUD, restriction de liberté). Elle décrit le circuit de décision, les responsabilités, l'organisation de la formation, les évaluations.

Le compte qualité formalise les risques et actions d'amélioration prioritaires. Il s'est appuyé sur les données internes: EI, IPAQSS de 2011, la cartographie des risques à priori, la certification précédente. Le programme dossier patient est intégré au PAQSS institutionnel validé annuellement lors de sa présentation aux instances. Par ailleurs, le schéma directeur du SI a pris en compte l'informatisation du dossier.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a arrêté l'organisation pour piloter le processus. Le DIM en est le pilote. Un groupe dossier est composé de représentants des admissions, du SI, de cadres de santé, de médecins. Les axes de travail sont définis. Les référents dossier sont identifiés pour chaque unité. Les missions sont intégrées dans la politique. Les personnels de maintenance informatique sont identifiés.

La formation est organisée par le groupe dossier patient. Le calendrier est formalisé. Les supports de formation sont accessibles sur intranet sur un fichier partagé.

La gestion documentaire de l'établissement est informatisée (2014) et intègre les procédures concernant le dossier : règles de tenue, confidentialité, sécurité à l'utilisation, mode dégradé, archivage... Celles-ci ont été révisées en janvier 2016 du fait de l'informatisation du dossier en 2014.

Le déploiement de l'informatisation du dossier dans les services (hospitalisation complète, HDJ et ambulatoire) est abouti depuis mars 2014. Le matériel informatique répond aux objectifs de soins : PC par métier, wifi pour PC mobile et la saisie en temps utiles des données.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est organisée et formalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes de terrain ont été mobilisées pour la mise en œuvre, d'une part lors de la phase de test, d'autre part formées et accompagnées. Les référents dossier des unités répondent aux besoins immédiats des professionnels de leur unité. Les objectifs institutionnels sont déclinés au niveau des secteurs par l'intermédiaire notamment des référents dossier patient des unités. Un outil informatique permet de saisir le responsable dossier pour formuler des besoins ou signaler des dysfonctionnements. Les réponses font l'objet d'une analyse et d'une information par messagerie. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences sont effectives : ingénieur informaticien, technicien informaticien, référents dossier par unité. Les professionnels de terrain bénéficient de formation ou de rappel. Les documents supports sont accessibles sur l'intranet.

Les procédures ont été révisées et validées. Elles sont disponibles sur la gestion documentaire depuis janvier 2016. Le matériel informatique est opérationnel dans les unités. Lors d'une avarie le matériel peut être remplacé sans délai. La procédure dégradée est effective et connue des professionnels (2 situations se sont présentées depuis la mise en place). Le Wifi est installé dans les unités.

Les locaux d'archivage sont sécurisés : dossiers de plus de 5 ans (archive centralisée) et dossiers actifs (armoire des unités).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier informatique est paramétré pour enregistrer les données de la prise en charge depuis l'admission à la sortie : identification, personne de confiance, à prévenir, antécédents, évaluations initiales et continues, prescriptions, données de synthèse, données de sortie. Le circuit des demandes de nouveau paramétrage ou d'amélioration est connu des professionnels.

Les interfaces avec les données administratives et les résultats de laboratoire sont opérationnelles. La prise en charge médicamenteuse est intégrée directement dans le logiciel dossier. Le déploiement de l'informatisation est effective tant dans les secteurs d'hospitalisation complète qu'ambulatoire (HDJ, CMP, CATTP) et dans les structures d'urgence.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge est effective. Chaque métier possède un ordinateur.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont opérationnelles : code d'accès, profil défini. Les documents papiers juridiques ou nécessitant une signature sont scannés et gardés sous la forme papier.

Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier est effectif. Le rapport de la CRU le mentionne.

Le groupe dossier patient se réunit tous les 2 mois comme décrit dans la politique. Il s'est réuni de façon plus informelle au départ de la mise en place de l'outil (2014). Le pilote (DIM) est membre de la CME et assure la compréhension de ses collègues. La procédure d'accès aux dossiers anciens est connue des professionnels.

La réflexion bénéfice-risque n'est pas systématiquement tracée dans le dossier mais y figure dans les situations pour lesquelles cette problématique se pose de façon spécifique (ex : intervention programmée lors de l'hospitalisation du patient : consentement éclairé, accompagnement psychologique).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre se réalise à partir de l'outil de gestion des demandes et des incidents qui permet la formulation des dysfonctionnements. Le groupe dossier patient analyse et formule des actions d'amélioration. Celles de priorité 1, 2, 3, sont intégrées au PAQSS. Les requêtes sont organisées à partir d'un logiciel spécifique pour suivre les indicateurs sélectionnés. Des audits IPAQSS à blanc sont réalisés à fréquence définie. Un tableau de bord recense les indicateurs qui font l'objet de suivi à partir de requête.

Un bilan d'activité annuel est consultable sur intranet.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration figurant au CQ sont toutes réalisées. Elles concernaient la structuration de la thématique du fait de l'informatisation du dossier. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel d'action.

Les réponses aux demandes d'amélioration font l'objet soit de mail aux professionnels, soit d'une information par les référents dossier des unités. La réactivité du groupe dossier patient est effective.

La CRU est informée sur le nombre de demande de dossiers et des délais de réponse (36 demandes en 2014 dont 14 réponses dans les 8 jours pour les dossiers de - de 5 ans et 22 réponses pour les dossiers de + de 5 ans).

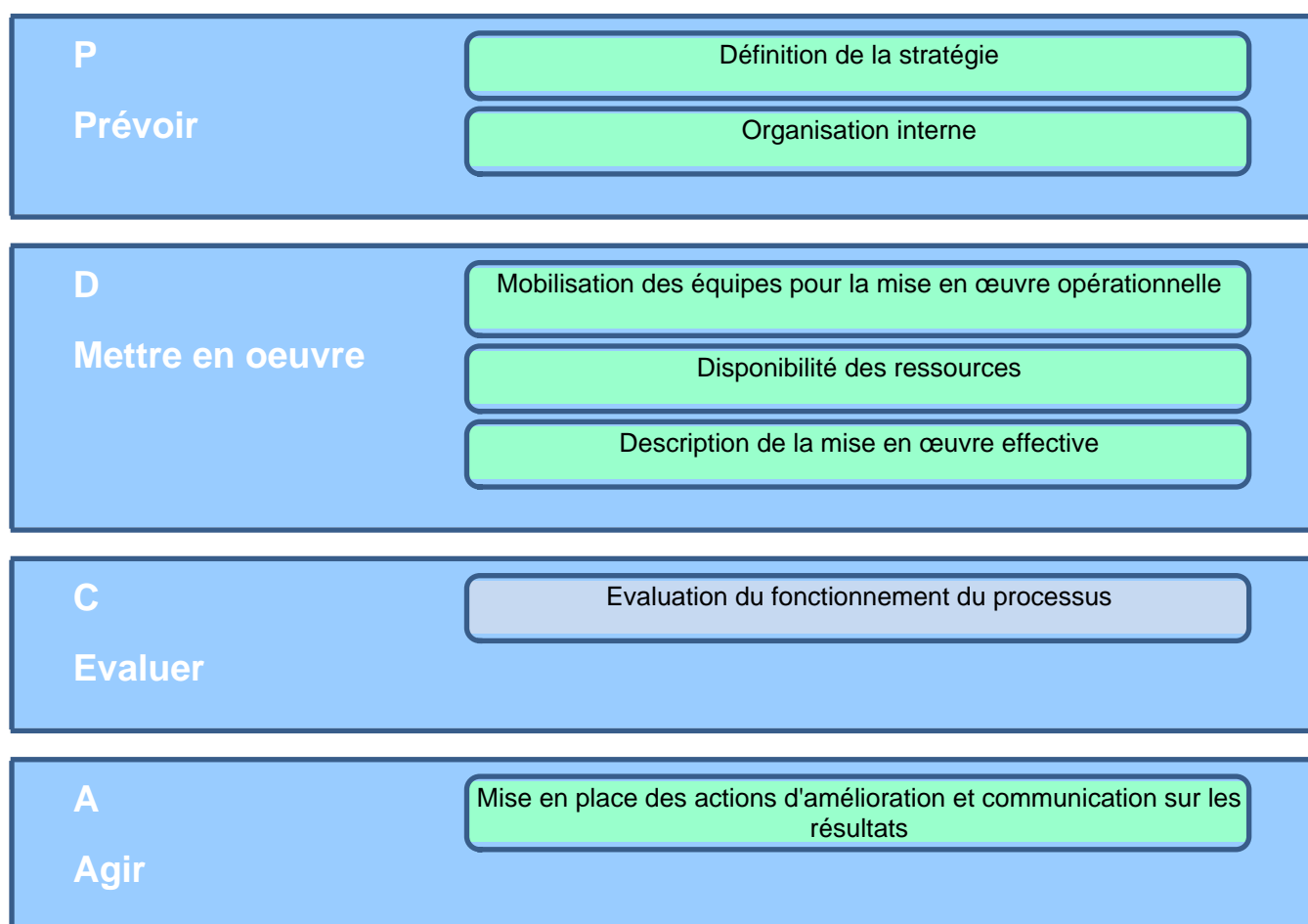
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de la prise en charge du médicament formalisée, réactualisée, validée en COMEDIMS en juin 2015. La politique comporte des objectifs précis notamment concernant la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Ces objectifs ont pris en compte les données issues de l'inspection ARS de 2013, les déclarations d'évènement indésirables (18 en 2014), les audits, les EPP, les conclusions des CREX, le suivi des indicateurs, la cartographie des risques a priori mise en œuvre en 2012.
Une priorisation des risques a permis d'identifier des actions d'amélioration intégrées au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pharmacien chef en est le responsable. Le COMEDIMS est l'instance de concertation et de validation. Il existe un règlement intérieur depuis 2004. Un manuel qualité est élaboré depuis 2012 et réactualisé en janvier 2016.
Le personnel compétent est en place selon les besoins de la structure. Des référents pharmacie IDE et préparateur en pharmacie sont identifiés pour chaque service d'hospitalisation. Des fiches de postes sont formalisées pour chacun.
La permanence est organisée : astreinte des pharmaciens (sur une semaine et à partir de 18h30-8h), et ouverture à minima le week-end et jours fériés.
L'établissement possède une PUI. Les locaux sont organisés et sécurisés et font l'objet d'un projet de rénovation pour améliorer la marche en avant. Les dispositifs médicaux sont stockés dans un local à part qui a été validé lors de l'inspection 2013.
La dispensation est nominative. Deux automates préparent les médicaments solides et liquides. Le transport utilise des caissons sécurisés et le prélèvement de surface est organisé. Les armoires à pharmacie des services sont sécurisées ainsi que pour les stupéfiants.
La formation est organisée : thématiques (notamment au risque d'erreur), calendrier, pilote des enseignements, suivi, supports, questionnaire des besoins. Elle figure au plan général tant pour les formations externes qu'internes. Un fichier partagé permet d'accéder aux documents supports de formation.
Le circuit du recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au logiciel de gestion des risques qui reconduit systématiquement l'information vers la pharmacie. L'analyse se réalise au sein des CREX. La méthodologie est formalisée.
Des outils d'aide à la prescription sont présents dans le dossier de soins informatisé : analyse pharmaceutique, conciliation (notamment concernant la prise en charge médicamenteuse pour la personne âgée), livret du médicament.
Les procédures de prise en charge du médicament sont intégrées dans le logiciel de gestion documentaire. Celles concernant la production sont répertoriées dans un dossier partagé de la PUI. Elles sont validées.
Les règles de transports sont en place : procédures formalisées, matériels sécurisés, personnes dédiées, contrôles effectués.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse bien qu'ancienne dans l'établissement a été intégrée dans le nouveau logiciel dossier patient. Celui-ci est déployé sur l'ensemble des secteurs depuis mars 2014.
L'outil informatique permet de gérer les interfaces pharmacie-laboratoire.
La liste des membres du COMEDIMS manifeste de la représentativité des métiers et des unités. Ceci facilite la gestion des interfaces en interne.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre des services est le professionnel qui assure la mobilisation des équipes. Par ailleurs, les référents pharmacie IDE sont les personnes ressources pour les équipes. Il est aidé du référent préparateur en pharmacie dédié à l'unité. Quelques réunions assurent l'échange d'information. Des alertes sont envoyées sur la messagerie de chaque agent lors de leur connexion : nouveautés, procédures, conseils...
Les déclarations d'évènement indésirable et d'erreur médicamenteuse sollicitent les professionnels à l'analyse au sein des CREX. La méthodologie de celle-ci est maîtrisée. Elles se tiennent tous les 2 mois. Le cadre informe des actions d'amélioration retenues à mettre en œuvre.
Le responsable qualité gestion des risques a rencontré les professionnels sur le terrain concernant la

certification et les risques prioritaires retenus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en nombre et compétence suffisants. Les actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont effectives : calendrier, émargement des professionnels, support de cours accessible sur un dossier partagé à partir de l'intranet.

Les nouveaux arrivants reçoivent une information spécifique médicament.

Le matériel informatique permet la prescription, l'aide à la prescription, la traçabilité de l'administration en temps réel.

Les procédures sont accessibles sur le logiciel de gestion documentaire : réception des médicaments hors stupéfiants, nettoyage, réarmement du chariot d'urgence, administration, inventaire du traitement personnel...

Le livret du médicament est édité dans un format poche pour faciliter son utilisation en plus de son accessibilité sur intranet. Des fenêtres s'ouvrent sur l'intitulé du médicament et renseigne le professionnel sur la spécificité du médicament.

Le fonctionnement des locaux de la PUI est conforme : sécurité, zone de stockage, chaîne de froid.

Les équipements sont adaptés à la prise en charge en psychiatrie. Les chariots d'urgence sont sous la responsabilité de la pharmacie.

Le transport des médicaments est sécurisé (caissons scellés).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée : le traitement personnel fait l'objet d'un inventaire, conservé à la PUI et remis au patient en fonction des éléments nouveaux de la sortie (procédure formalisée). Le journal de la prise en charge du patient traduit la continuité du traitement.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est effective : dotation nominative préparée aussi pour les WE et fériés, une dotation d'urgence formalisée avec les médecins des services, le tableau des astreintes affiché et dans l'intranet.

Les règles de bonnes pratiques en matière de préparation sont effectives. La PUI utilise 2 automates manipulés par les préparateurs en pharmacie. Tous les dysfonctionnements, suivi de l'entretien, suivi de la traçabilité des médicaments sont enregistrés.

L'analyse pharmaceutique, les conseils et les conciliations figurent dans le journal de la prise en charge, ainsi que pour les traitements personnels. La révision de la prescription des antibiotiques est assurée et suivi par le pharmacien. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour toutes les prescriptions quotidiennement.

Les bonnes pratiques sont effectives depuis l'accueil du patient jusqu'à sa sortie: double contrôle à l'administration, traçabilité en temps utile, préparation à la PUI et dispensation par les professionnels qualifiés, prescription informatisée, liste des prescripteurs à la PUI...

La coordination entre les professionnels est mise en œuvre via l'outil informatique du dossier patient (traitement antérieur scanné, édition du traitement de sortie, administration tracée...).

La gestion des périmés est maîtrisée (à la PUI lors de la préparation, retour des non administrés, fiche de suivi des retraits de la dotation globale).

La tenue des armoires à pharmacie des unités : clef unique, nettoyage, étiquetage est suivie.

Les réunions du COMEDIMS font l'objet de compte rendu diffusé sur intranet. Les réunions sont périodiques : 3 en 2015.

Les médecins et les pharmaciens ont accès aux résultats de laboratoire grâce à une interface.

Lors de la sortie, le traitement est édité pour le patient lui-même et pour assurer la continuité avec structure d'aval.

La pharmacie a obtenu l'autorisation ARS en 2013 d'éducation thérapeutique "vivre avec son traitement" : coordinateur, politique, calendrier des formations, bilan, comité de suivi. Des ateliers sont animés par les professionnels de la pharmacie : pharmacien, cadre du pôle, préparateur en pharmacie.

L'accès aux locaux de la PUI est sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est structuré : méthodologie, tableau du suivi des actions antérieures, indicateurs, rapports. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses mobilisent les CREX tous les 2 mois.

Parmi les actions couvrant l'ensemble du circuit du médicament on citera : taux de satisfaction du patient lié à l'information sur le médicament (en ambulatoire), taux de traçabilité de l'administration (2015), nombre de professionnels formés aux risques médicamenteux, nb d'erreurs médicamenteuses signalées, nombre de professionnels formés à l'identitovigilance.

Les audits sont annuels sur certains thèmes (ex: validation de l'administration) par l'intermédiaire d'un outil de requête.

Les évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives.
La pharmacie tient un tableau des indicateurs, du suivi des actions d'amélioration. Les EPP sont reconduites.
Un bilan d'activité est édité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration citées dans le compte qualité sont toutes réalisées. La pharmacie tient à jour un tableau de suivi des actions et du calendrier de mise en œuvre.
Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel d'action.
La pharmacie communique en interne sur ses résultats au COMEDIMS, par alerte sur la messagerie et formalise un bilan annuel d'activité ainsi qu'en externe.