



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE LA
TOUR BLANCHE**

**Avenue Jean Bonfont
Bp 190
36105 Issoudun
SEPTEMBRE 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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	38
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	45
ANNEXE	49

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 DE LA TOUR BLANCHE	
Adresse	Avenue jean bonnefont 36105 Issoudun
Département / région	INDRE / CENTRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	360000046	CENTRE HOSPITALIER LA TOUR BLANCHE	Avenue jean bonnefont Bp 190 36105 Issoudun
Etablissement de santé	360004618	CENTRE HOSPITALIER D'ISSOUDUN - LA TOUR BLANCHE USLD	Avenue jean bonnefont 36105 Issoudun
Etablissement de santé	360000038	CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE	Avenue jean bonnefont Bp 190 36105 Issoudun

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	56	4
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	123	10

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Coopération inter hospitalière, EHPAD Partage Solidarité Soutien à ISSOUDUN Coopération inter hospitalière, CH CHATEAUROUX Coopération inter hospitalière, Maison de retraite « les jardins d'automne » à BADECON LE PIN
--	--

Coopération inter hospitalière, Hôpital local LEVROUX, Hôpital local VALENCAY
 Coopération inter hospitalière, Hôpital local VALENCAY
 Coopération inter hospitalière, CH VIERZON
 Coopération inter hospitalière, Maison de retraite « Notre Dame du Sacré Cœur » à ISSOUDUN
 Coopération inter hospitalière, CH Georges Sand à BOURGES
 Adhésion groupement de coopération sanitaire, Région Centre
 Coopération inter hospitalière, CH CHATEAUROUX Centre de Néphrologie
 Coopération inter hospitalière, mise à disposition, CH BOURGES
 Adhésion réseau, CH VIERZON
 Coopération inter hospitalière, Docteur COTTE
 Coopération inter hospitalière, Laboratoire de biologie médicale SELAS bio médi qual à ISSOUDUN
 Coopération inter hospitalière, Clinique Guillaume de Varye Centre Radiothérapie & Oncologie à SAINT DOULCHARD
 Coopération inter hospitalière, CHRU TOURS
 Coopération inter hospitalière, Hôpital local VALENCAY
 Groupement d'achats, Région Centre
 Coopération inter hospitalière, Centre de radiothérapie et d'oncologie à SAINT DOULCHARD
 Maison de gardes médecins, Médecins libéraux de gardes
 Coopération inter hospitalière, CSPCP à ISSOUDUN
 Coopération inter hospitalière, CMP à ISSOUDUN
 Coopération inter hospitalière, Centre Oncologie et radiothérapie à Clinique de Varye à SAINT DOULCHARD
 Coopération inter hospitalière, Unité de stérilisation centrale au CH CHATEAUROUX
 Coopération inter hospitalière, CSPCP à ISSOUDUN

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
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 :

- de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Reserves

Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Parcours du patient

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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 ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur l'ensemble de ses réserves dans un délai de 6 mois.

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans les 2 mois précédant la visite, indiquant les actions correctives conduites sur la ou les réserve(s) et sur la ou les obligation(s) d'amélioration définie(s) dans le rapport. Au terme de l'analyse de ce compte qualité, la HAS établit le programme de la visite de suivi.

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
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
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	Adulte ou personne âgée	Médecine en hospitalisation complète	/	Urgence	/	MCO
2	Adulte ou personne âgée	Médecine ambulatoire	Cancer	Programmé	/	MCO
3	Adulte ou personne âgée	SSR en hospitalisation complète	Appareil système nerveux ou locomoteur	Programmé	/	SSR
4	Personne âgée	sld	Polyhandicapée dépendante	Programmé	/	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

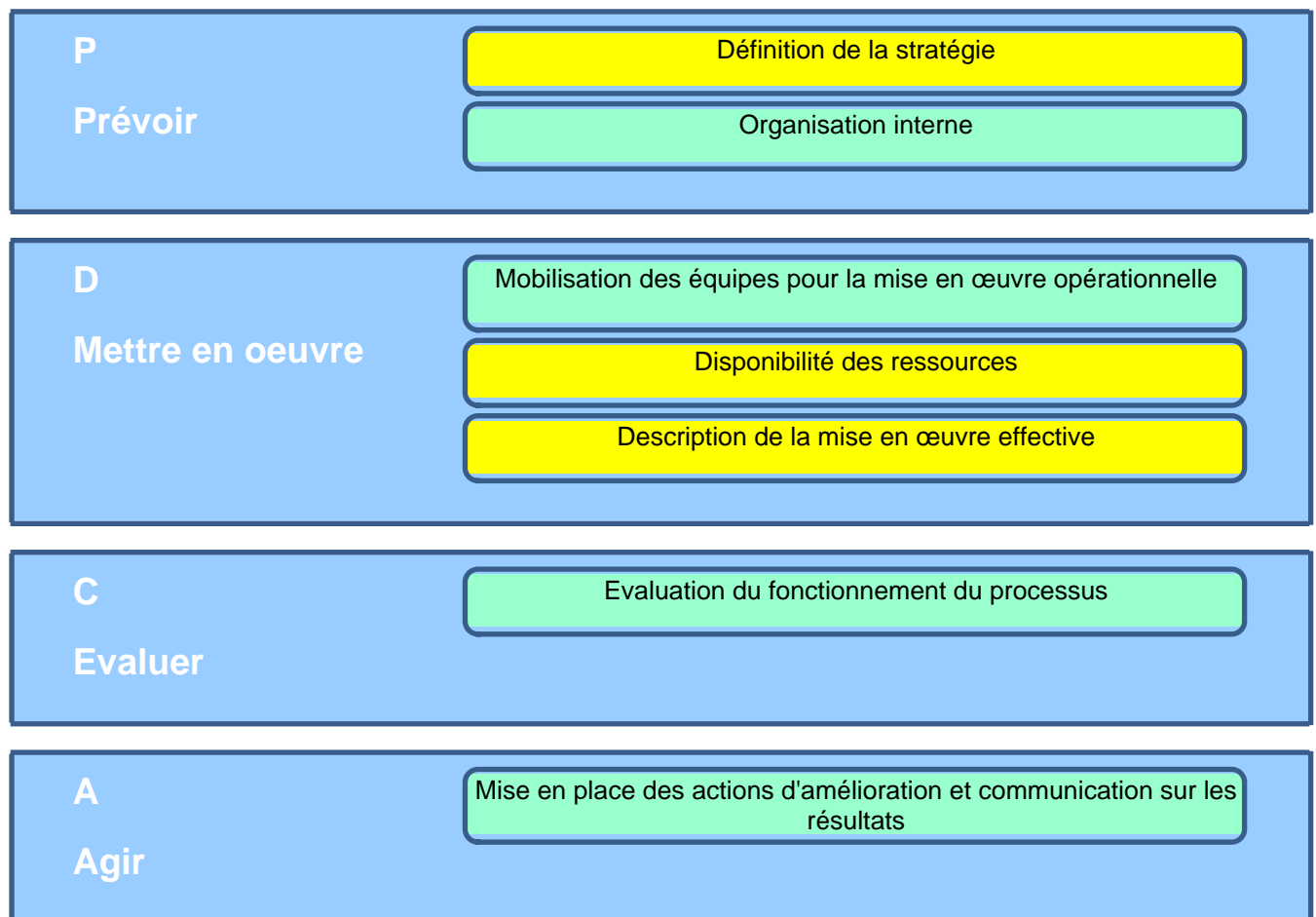
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Il existe une politique qualité, volet du projet d'établissement 2010-2014, déclinée en 4 objectifs généraux et 24 objectifs spécifiques avec une attention particulière aux usagers, aux risques et vigilances et au développement des indicateurs. La politique qualité du projet d'établissement, reste formellement à l'état de projet, dès lors qu'il n'est pas encore mené à son terme.

L'établissement a relancé en 2014 une démarche de cartographie des risques sur l'ensemble des processus, avec désignation des pilotes des processus, et formalisation des instances institutionnelles-dont la cellule qualité et gestion des risques. Différentes sources d'information sont utilisées pour identifier les risques, telles les audits processus.

Cette démarche a permis à l'établissement d'actualiser un document intitulé "politique qualité et gestion des risques associés aux soins" redéfinissant les objectifs, les acteurs, les outils et le découpage en processus retenu. Cette politique intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Les représentants des usagers ont été associés à son élaboration par le biais de la CRU.

Le programme institutionnel d'actions qualité et gestion des risques ne répond pas totalement aux attendus. C'est un listing d'actions de différentes nature (issues d'une part de la cartographie des risques, d'autre part d'autres sources plus diverses telles les résultats des différents indicateurs réglementaires, les actions relevant de différents comités, ou encore les recommandations de la CRU), périodicité, niveau de difficulté, sans autre indication de hiérarchisation ou calendrier réactualisé de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour réaliser la cartographie des risques, en désignant les pilotes de 38 processus, en leur assurant une formation. Le service qualité, d'une part, un intervenant spécialisé d'autre part ont accompagné les pilotes dans la formalisation de cette démarche pour le processus qui les concernait. Les pilotes ont été choisis en fonction de leur origine métiers et de leurs domaines d'attribution. Le pilotage de la démarche qualité gestion des risques est assurée par un comité de pilotage qui coordonne des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Au regard de ses besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit également les ressources documentaires : un système documentaire dématérialisé, accessible en intranet est prévu ainsi que des classeurs dans les services de soins.

Un système de signalement des événements indésirables est organisé, sous support papier ou dématérialisé; le signalement et la gestion des événements indésirables sont définis deux procédures formalisées. Le circuit de transmission et les principes de traitement et de restitution des résultats sont définis. L'échelle de criticité est appliquée par le gestionnaire de risques, et le passage en comité des vigilances dépend de cette mesure arithmétique. Des mesures de traitement sont décidées et mises en œuvre. Un bilan est établi et examiné en CRU. La gestion des plaintes et réclamations est organisée.

L'établissement dispose, après appel à candidature, de professionnels compétents en audit interne, lui permettant de mettre en œuvre des audits de processus croisés, favorisant ainsi des échanges et une appropriation pluridisciplinaire de la démarche.

Le plan de formation comprend également les actions dédiées à la démarche qualité ou maîtrise des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs prioritaires institutionnels qualité gestion des risques sont affichés dans l'ensemble des services. De même pour les indicateurs IPAQSS et les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales.

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus dans son ensemble, les thèmes qualité et sécurité des soins sont abordés en équipes. Au niveau des services, les contrôles de conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sont assurés.

Les cadres, de santé notamment, sont impliqués dans le suivi des indicateurs concernant leur service. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au sein de l'établissement, à la disposition des pilotes de processus, à savoir : le qualicien du service qualité, la gestionnaire de risques, l'agent de suivi des risques professionnels et les personnes formées à l'audit interne.

Le plan de formation mis en œuvre comprend également les actions dédiées à la démarche qualité ou maîtrise des risques.

Les locaux et les supports matériels, système d'information ou dispositif réglementaire sont également disponibles dans les différents services ou secteurs d'activité.

Un dispositif de gestion documentaire centralisée est en place. Une procédure validée est mise à disposition des professionnels. Un système documentaire dématérialisé et accessible en intranet. Des classeurs de documents ont par ailleurs été mis à disposition des professionnels dans les services de soins.

Cependant, les documents qualité ne sont pas connus, facilement retrouvés et actualisés. Les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique (ex : pour la gestion des risques, le médicament). Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisés et les documents papier. En effet, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des réactualisations prévues.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les instances et comités dédiés à la démarche qualité gestion des risques fonctionnent conformément à ce qui est prévu. La gestion des interfaces est opérationnelle et la traçabilité est assurée.

Les services connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes des processus qualité (signalement des événements indésirables, gestion documentaire, recueil de satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations et traitement en première intention).

Cependant, le dispositif de signalement des événements indésirables (EI) ne donne pas toujours lieu à une optimisation du recueil, ni à une rationalisation de l'exploitation des données recueillies. Le bilan des événements indésirables 2013 et 2014 montre une apparente sous-déclaration des EI graves liés aux soins, au regard des statistiques nationales (enquête ENEIS). A ce jour aucune déclaration d'EI graves liés aux soins n'est remontée à la direction qualité, en dehors des EI médicamenteux et de quelques EI liés au risque infectieux. De même, le nombre de cas analysés en RMM est très faible compte-tenu de la taille de l'établissement (2 cas à ce jour).

Par ailleurs le signalement d'événements indésirables graves ne donne lieu qu'un nombre très restreint de réunions du Crex, soit une fréquence inférieure à celle que l'établissement s'était lui-même fixée dans le règlement intérieur de ce comité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (bilans d'activité).

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée.

L'établissement a en revanche organisé une politique d'audit interne, en se dotant de professionnels formés à cet effet. L'autoévaluation préalable à la certification, la réalisation d'audits de processus et de patients traceurs relèvent de cette démarche.

Cependant, la pratique du maniement des indicateurs est peu développée. Ce suivi est réalisé de manière informelle.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (listing d'actions).

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée en interne, auprès des professionnels et des usagers. Les résultats de la satisfaction des usagers font ainsi l'objet de restitution dans les services de soins via l'encadrement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Le programme institutionnel d'actions qualité et gestion des risques ne répond pas totalement aux attendus. C'est un listing d'actions de différentes natures, périodicités, niveaux de difficulté, sans autre indication de hiérarchisation ou calendrier réactualisé de réalisation.	8a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les documents qualité ne sont pas connus, facilement retrouvés et actualisés. Les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique (ex : pour la gestion des risques). Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisés et les documents papier. En effet, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des réactualisations prévues.	5c
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le dispositif de signalement des EI ne donne pas toujours lieu à une optimisation du recueil, ni à une rationalisation de l'exploitation des données recueillies. Le bilan des événements indésirables 2013 et 2014 montre une sous déclaration des EI graves liés aux soins au regard des statistiques nationales (enquête ENEIS). A ce jour aucune déclaration d'EI graves liés aux soins n'est remontée à la direction qualité, en dehors des EI médicamenteux et de quelques EI liés au risque infectieux. De même, le nombre de cas analysés en RMM est très faible compte-tenu de la taille de l'établissement (2 cas à ce jour). Par ailleurs, le signalement d'événements indésirables graves ne donne lieu qu'un nombre très restreint de réunions du Crex, soit une fréquence inférieure à celle que l'établissement s'était lui même fixée.	8f
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	La pratique du maniement des indicateurs est peu développée. Le suivi est réalisé de manière informelle.	1e

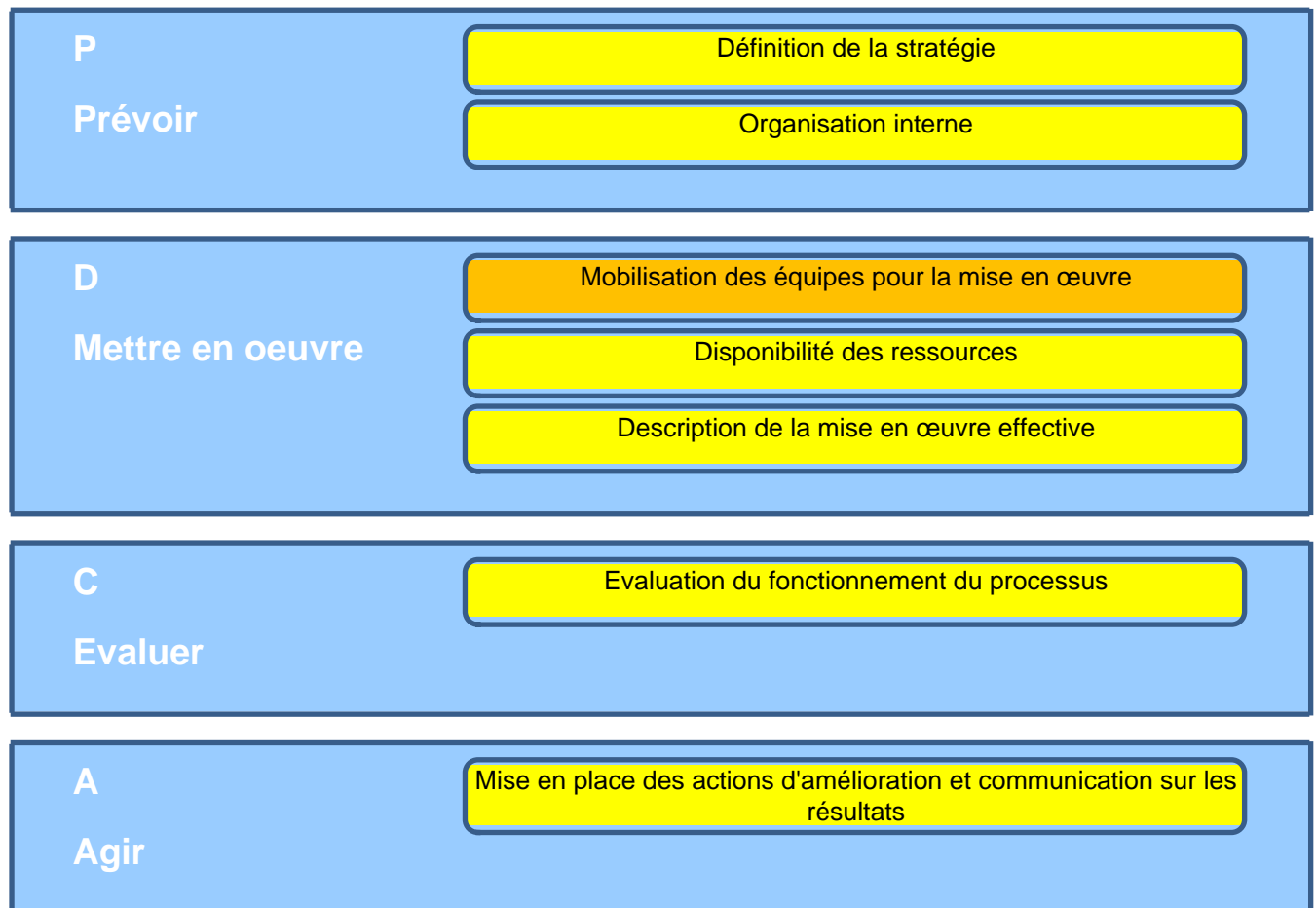
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a réalisé une cartographie des risques infectieux sur la base de l'analyse du processus de gestion du risque infectieux. Le compte qualité répertorie 14 risques identifiés et hiérarchisés par l'établissement sur la base de l'évaluation de leur criticité, au regard de leur gravité, fréquence et des dispositifs de maîtrise en place. Cependant, l'établissement n'a pas formalisé de politique de gestion du risque infectieux, ni défini d'objectif d'amélioration du processus de gestion du risque infectieux. Seul un programme d'actions est formalisé dans le rapport annuel du CLIN 2015. Le programme 2015 a été présenté et validé en CME et à la CRUQPC. Ce programme 2015 du CLIN liste des actions programmées sous forme d'audits à réaliser ou faisant suite à un audit du circuit du linge, d'actions de formations internes et externes. Toutefois, aucun objectif à atteindre n'explique l'objet des actions programmées.

En l'absence d'une politique, aucun document (projet d'établissement 2010-2014, projet qualité et prévention des risques 2015-2019) ne fait état d'objectif d'amélioration de la gestion du risque infectieux.

Le plan d'actions global du processus formalisé par l'établissement ne présente aucun lien avec le programme d'actions 2015 du CLIN. Il intègre 3 actions issues de la cartographie du processus ainsi que des actions issues des résultats du score agrégé du dernier bilan LIN. Ce plan d'action est non daté, aucune modalité de suivi n'est définie, les actions n'y sont pas priorisées. De plus, il ne prévoit pas d'indicateur.

L'établissement ne réalise plus d'endoscopie ORL (naso-fibroscopie) car il n'y a plus d'ORL exerçant dans l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pharmacien chef de la PUI, présidente du CLIN, et l'IDE en hygiène dont le temps de travail est pour 80% dédié à la gestion du risque infectieux et 20% à la gestion des risques associés aux soins, ont été nommés pilotes du processus de gestion des risques infectieux. Leurs missions ont été définies, mais ne sont pas connues ou reconnues par tous les professionnels.

L'organisation s'appuie sur les 2 pilotes, responsables de l'EOH, et sur 2 référents par unités fonctionnelles, la liste de ces derniers ayant été établie par le CLIN.

Des formations sur différents thèmes en lien avec l'hygiène sont programmées, tant en interne qu'en externe. Cependant, il n'a pas été programmé d'action de formation sur l'antibiothérapie dans les plans de formations 2014 et 2015.

Concernant l'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, un médecin a été nommé référent en antibiothérapie par la CME en 2012. Une alerte informatique a été mise en place sur le logiciel de prescription depuis fin 2014.

De nombreux protocoles sont rédigés avec la participation des référents en hygiène.

Concernant l'organisation des conditions d'hygiène optimale des locaux, des protocoles ont été rédigés, sans toutefois prévoir l'évaluation du respect de ces protocoles.

Cependant, les documents définissant les modalités d'entretien du matériel du plateau technique ne sont pas formalisés. Les thérapeutes ne disposent pas de documents qualité sur le nettoyage et la désinfection des dispositifs de rééducation ou d'ergothérapie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis. La communication sur le processus de gestion du risque infectieux est assurée auprès des professionnels des différentes unités, soit par l'infirmière hygiéniste, soit par les référents en hygiène. Elle ne fait toutefois pas l'objet d'une traçabilité, tant dans sa programmation que dans sa réalisation : il n'est pas retrouvé de plan de communication ou de tableau de bord de suivi de la communication sur la gestion du risque infectieux. De ce fait, l'exhaustivité de la communication reste partielle, le suivi en terme de contenu ou de destinataires aléatoire.

La culture du signalement du risque infectieux n'est pas acquise : de nombreux professionnels rencontrés n'identifient pas l'IDE hygiéniste comme "la référence" en compétence sur la gestion du risque infectieux et ne la sollicitent donc pas en cas de souci infectieux.

La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues n'est pas systématiquement réalisée et des actions correctives retrouvées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le plan de formation 2014, celui de 2015 et le rapport d'activité du CLIN font état de formation des professionnels aux problématiques de gestion du risque infectieux (hygiène hospitalière, précautions standard et complémentaires, manipulation des chambres implantables, etc.). Des actions de formation sont conduites en interne par l'IDE Hygiéniste : sensibilisation des thérapeutes à l'hygiène en salle de rééducation, actions conduites auprès des ASH de l'établissement. Les nouveaux salariés bénéficient d'une formation sur les règles d'hygiène, à l'occasion des 2 journées d'intégration des nouveaux salariés qui sont organisées annuellement : une sensibilisation est réalisée par l'IDE hygiéniste aux risques liés à l'hygiène appuyée par la remise de documents d'information.

De nombreux protocoles sont accessibles à la fois sous forme papier dans le classeur des protocoles, et en version informatique.

Cependant, les documents qualité ne sont pas connus et leur accessibilité dans la gestion documentaire n'est pas maîtrisée : en effet les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité gestion des risques demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique. Pour exemple, la conduite à tenir en cas d'AES n'est pas connue de nombreux professionnels : aucun professionnel rencontré dans 3 unités différentes (plateau technique de rééducation, urgence, et soins de longue durée) n'a pu expliciter la conduite à tenir en cas d'AES ni retrouver le document qualité de référence sur le sujet. Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisés et les documents papier. Enfin, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des réactualisations prévues.

Par ailleurs, l'élimination du linge (draps utilisés pour chaque patient) ne prévoit pas le respect des règles d'hygiène en cas de patient infecté : le service de rééducation ne dispose ni de protocole sur l'élimination du linge, ni de sac hydrosoluble en cas de patient à statut infectieux positif.

Enfin, les unités de soins et de rééducation ne disposent pas de kit AES. En rééducation, comme aux urgences (service référent pour la prise en charge des professionnels victimes d'un AES) les professionnels rencontrés n'ont pu fournir le kit AES, élaboré par le CLIN et présenté par l'IDE hygiéniste.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions de surveillances sont conduites, notamment sur l'environnement (prélèvement de surfaces, potabilité de l'eau, eau de balnéothérapie...), sur les infections nosocomiales (enquête régionale sur la bactériémie, suivi des infections urinaires sur sondes, les antibiotiques (suivi des consommations, enquête de prévalence), les SHA, les AES.

Le compte rendu annuel du CLIN fait état des actions de surveillance conduites et des résultats obtenus.

Cependant, la balnéothérapie dispose d'une baignoire et d'une douche inutilisée sans que celle-ci fasse l'objet de mesures préventives du risque de légionellose : l'identification des deux dispositifs non utilisés a été réalisée par l'expert visiteur lors de la visite de la balnéothérapie, l'IDE hygiéniste et le responsable de l'entretien en charge des actions de surveillance de la légionellose, n'en étant pas informés.

De plus, l'alerte sur l'antibiothérapie, mise en place depuis 2014, ne génère pas systématiquement de réévaluation de cette thérapeutique médicamenteuse, ce que confirme le suivi de cette réévaluation par la pharmacie. Les médecins de l'établissement se disent en attente de l'informatisation d'une prescription dédiée aux antibiotiques majeurs avant de mettre en œuvre la systématisation de la réévaluation de l'antibiothérapie.

Enfin, la traçabilité du nettoyage des locaux n'est pas exhaustive. N'étant que peu connus par les professionnels, les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours utilisés. De ce fait, le nettoyage des locaux ne fait pas l'objet d'une traçabilité exhaustive (ex : en balnéothérapie).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pharmacien du CLIN et l'IDE hygiéniste conduisent des audits sur la maîtrise du risque infectieux et évaluent régulièrement le dispositif de maîtrise du risque infectieux. Des audits sont réalisés par le CLIN sur les DASRI, l'hygiène des mains des patients, le respect de procédure, etc.

Un suivi annuel des BMR et BHR est réalisé, ainsi que sur la consommation des antibiotiques.

Toutefois, les audits conduits ne sont pas identifiés comme des indicateurs de suivi du plan d'action global du processus, celui-ci ne présentant pas non plus de tableau de bord permettant le suivi des actions.

Les actions d'évaluation conduites ou programmées ne sont pas en lien avec des objectifs poursuivis, ni priorisés au regard de la criticité des résultats

Les résultats du bilan LIN en E (ICATB) ou C (ICA BMR) ne sont pas suivis de nouvelles évaluations entre les campagnes nationales.

L'évaluation du respect des protocoles relatifs à l'hygiène des locaux n'est pas prévue.

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

Une liste d'actions réalisées, suite aux évaluations, est présentée dans le rapport annuel du CLIN. Les résultats d'audits de procédure conduisent au réajustement de celles ci et le bilan du CLIN liste les procédures actualisées ou créées chaque année.

Néanmoins, les pilotes ne disposent pas d'un programme globalisé d'actions d'amélioration du processus. Différents supports d'actions ont été présentés aux experts, sans qu'il puisse leur être expliqué la cohérence entre tous les supports. Il n'est pas retrouvé de cohérence entre les actions d'amélioration conduites par le CLIN et celles du plan d'actions global du processus. Le plan d'actions global fait état d'actions consécutives à l'identification des risques dans la cartographie des risques, à l'audit du processus et au score agrégé du bilan LIN. A contrario, il n'est pas précisé dans les projets annuels du CLIN, l'origine des actions proposées, ni leurs objectifs.

De plus, alors que le score ICATB de l'établissement est en E, le bon usage des antibiotiques ne fait pas l'objet d'actions prioritaires dans le plan global d'action d'amélioration du processus : il n'est retrouvé aucune action en 2015 portant sur le bon usage des antibiotiques ; seules 3 actions sont formalisées en fin de plan global et sont positionnées pour 2016.

Enfin, la communication des résultats et actions d'amélioration qui en découlent n'est pas structurée ni organisée ni actualisée. Il n'a pas été présenté de plan de communication des résultats aux experts-visiteurs, le document récapitulatif des résultats des indicateurs nationaux et de leur évolution témoigne de confusion entre la valeur de l'indicateur et son évolution. La communication des indicateurs nationaux aux usagers ne fait pas état des derniers résultats connus de l'établissement : les indicateurs sur la prévention des infections nosocomiales présentés dans le livret d'accueil des usagers n'ont pas été réajustés suite aux résultats de la dernière campagne.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	L'établissement n'a pas formalisé de politique de gestion du risque infectieux, ni défini d'objectif d'amélioration du processus de gestion du risque infectieux. Seul un programme d'actions est formalisé dans le rapport annuel du CLIN 2015. Le programme 2015 a été présenté et validé en CME et à la CRUQPC. Ce programme 2015 du CLIN liste des actions programmées sous forme d'audits à réaliser ou faisant suite à un audit du circuit du linge, d'actions de formations internes et externes. Toutefois, aucun objectif à atteindre n'explique l'objet des actions programmées. En l'absence d'une politique, aucun document (projet d'établissement 2010-2014, projet qualité et prévention des risques 2015-2019) ne fait état d'objectif d'amélioration de la gestion du risque infectieux. Le plan d'actions global du processus formalisé par l'établissement ne présente aucun lien avec le programme d'actions 2015 du CLIN. Il intègre 3 actions issues de la cartographie du processus ainsi que des actions issues des résultats du score agrégé du dernier bilan LIN. Ce plan d'action est non daté, aucune modalité de suivi n'est définie, les actions n'y sont pas priorisées. De plus, il ne prévoit pas d'indicateur.	8g
P / Organisation interne	PS	Le plan de formation continue des professionnels de santé ne prévoit pas de formation sur l'antibiothérapie. Il n'apparaît pas d'action de formation dans les plans de formation 2014 et 2015.	8h
	PS	Les documents définissant les modalités d'entretien du matériel du plateau technique ne sont pas formalisés. Les thérapeutes ne disposent pas de documents qualité sur le nettoyage et la désinfection des dispositifs de rééducation ou d'ergothérapie.	8g
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Au sein des secteurs d'activité, l'évaluation et l'amélioration ne sont pas systématiques pour le risque infectieux. La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues n'est pas systématiquement réalisée et des actions correctives retrouvées.	8g
	NC	La culture du signalement du risque infectieux n'est pas acquise. De nombreux professionnels rencontrés n'identifient pas l'IDE hygiéniste comme la référence en compétence sur la gestion du risque infectieux et ne la sollicitent donc pas en cas de souci infectieux.	8g
	PS	La communication sur les actions de maîtrise des risques infectieux est partielle et aléatoire. La communication sur le processus de gestion du risque infectieux est assurée auprès des professionnels des différentes unités, soit par l'infirmière hygiéniste, soit par les référents en hygiène mais sans traçabilité. Il n'est pas retrouvé de plan de communication ou de tableau de bord de suivi de la communication sur la gestion du risque infectieux.	8g
D / Disponibilité des ressources	PS	Les documents qualité ne sont pas connus, facilement retrouvés et actualisés. Les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité gestion des risques demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique. Pour exemple, la conduite à tenir en cas d'AES n'est pas connue ni retrouvée : les professionnels rencontrés dans 3 unités différentes (plateau technique de rééducation, urgence, et soins de longue durée) n'ont pu expliciter la conduite à tenir en cas d'AES ni retrouver le document qualité de référence sur le sujet.	8g

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisés et les documents papier. En effet, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des réactualisations prévues.	
	NC	L'élimination du linge (draps utilisés pour chaque patient) ne prévoit pas le respect des règles en hygiène en cas de patient infecté. Le service de rééducation ne dispose ni de protocole sur l'élimination du linge, ni de sac hydrosoluble en cas de patient à statut infectieux positifs.	8g
	PS	Les unités de soins et de rééducation ne disposent pas de kit AES. Aux urgences, en rééducation, les professionnels rencontrés n'ont pu fournir le kit AES.	8g
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'alerte sur l'antibiothérapie ne génère pas systématiquement de réévaluation de cette thérapeutique médicamenteuse. Le suivi de cette réévaluation par la pharmacie le confirme. Les médecins de l'établissement se disent en attente de l'informatisation d'une prescription dédiée aux antibiotiques majeurs avant de mettre en œuvre la systématisation de la réévaluation de l'antibiothérapie.	8h
	PS	La balnéothérapie dispose d'une baignoire et d'une douche inutilisées et ne faisant pas l'objet de mesures préventives au risque de légionellose. L'identification des deux dispositifs non utilisés a été réalisée par l'expert visiteur lors de la visite de la balnéothérapie, l'IDE hygiéniste et le responsable de l'entretien n'en étant pas informés et donc aucune mesure préventive au risque de légionellose n'avait été prise.	8g
	PS	La traçabilité du nettoyage des locaux n'est pas exhaustive. N'étant que peu connus par les professionnels, les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours utilisés. De ce fait, le nettoyage des locaux ne fait pas l'objet d'une traçabilité exhaustive (ex : en balnéothérapie).	8g
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les actions d'évaluations conduites ou programmées ne sont pas en lien avec des objectifs poursuivis, ni priorisés au regard de la criticité des résultats. Les résultats du bilan LIN en E (ICATB) ou C (ICA BMR) ne sont pas suivis de nouvelles évaluations entre les campagnes nationales.	8g
	PS	Les audits conduits ne sont pas identifiés comme des indicateurs du plan d'action global du processus. Le plan d'action ne présente aucun indicateur de suivi ou tableau de bord.	1e
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les pilotes ne disposent pas d'un programme globalisé d'actions d'amélioration du processus. Il n'est pas retrouvé de cohérence entre les actions d'amélioration conduites par le CLIN et celles du plan d'actions global du processus. Le plan d'actions global fait état d'actions consécutives à l'identification des risques dans la cartographie des risques, à l'audit du processus et au score agrégé du bilan LIN. A contrario, il n'est pas précisé dans les projets annuels du CLIN, l'origine des actions proposées, ni leurs objectifs. Les différents supports d'actions ont été présentés aux experts, sans qu'il puisse leur être expliqué la cohérence entre tous les supports.	8g
	PS	Le bon usage des antibiotiques ne fait pas l'objet d'actions priorisées dans le plan global d'action d'amélioration du processus. Alors que le score ICATB de l'établissement est en E, il n'est pas retrouvé d'action en 2015 portant sur le bon usage des antibiotiques ; seules 3 actions sont formalisées en fin de plan	8h

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
	PS	<p>global et sont positionnées pour 2016.</p> <p>La communication des résultats et actions d'amélioration qui en découlent n'est pas structurée ni organisée ni actualisée. Il n'a pas été présenté de plan de communication des résultats, le document récapitulatif des résultats des indicateurs nationaux et de leur évolution présenté aux experts-visiteurs témoigne de la confusion entre la valeur de l'indicateur et son évolution. Les indicateurs sur la prévention des infections nosocomiales présentés dans le livret d'accueil des usagers n'ont pas été réajustés suite aux résultats de la dernière campagne.</p>	8g

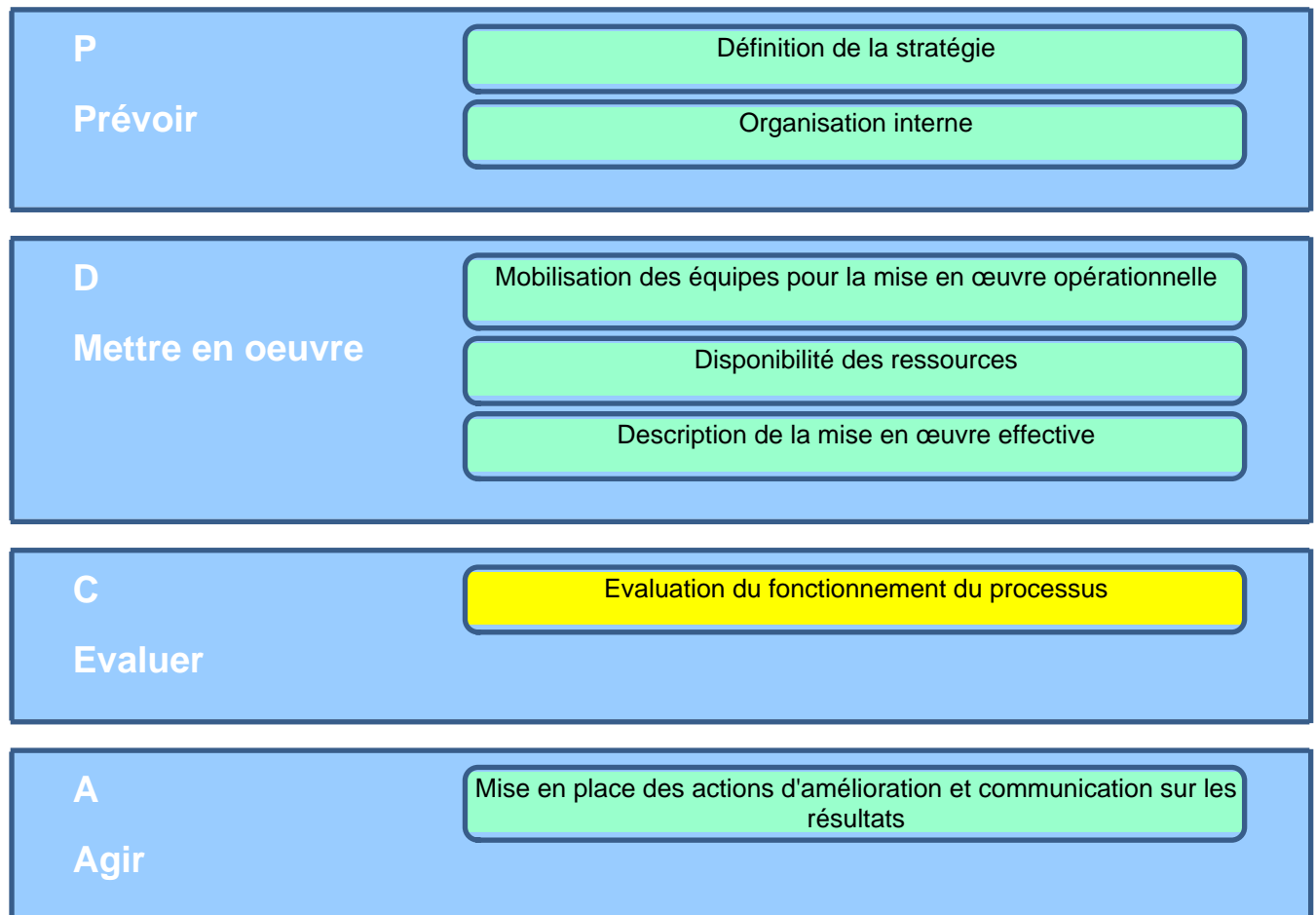
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et des risques propres à l'établissement. Le projet de soins, inclus dans le projet d'établissement 2010-2014, développe les valeurs et objectifs de l'établissement quant à l'accueil et la pré-admission des patients d'une part, le respect de l'application des droits des patients issus de la loi de 2002 d'autre part.

Une "charte des valeurs" de prise en charge du patient a par ailleurs été adoptée par les instances délibérative et consultatives de l'établissement en 2010.

L'élaboration de la cartographie des risques a défini 4 processus dont les risques associés ont été repérés, ce qui a permis de mettre en regard, pour chacun d'entre eux, un ensemble d'actions de nature diverse et non hiérarchisée. Ces actions sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter les quatre processus qu'il a définis, relatifs à la thématique générale des droits des patients. Les rôles et les responsabilités sont identifiés, sans nécessairement faire l'objet de fiches de mission ou de postes spécifiques, mais renvoyant aux champs de compétences traditionnelles : le binôme de pilotage est constitué par un directeur adjoint et un cadre de santé.

La CRU est en place, et fonctionne conformément à la réglementation. Elle dispose d'un règlement intérieur. Les médiateurs médical et non médical sont désignés. Les représentants des usagers ont toute leur place et exercent leur rôle.

Les principaux dispositifs relatifs aux droits des patients (confidentialité, libertés individuelles, information sur les dommages liés aux soins..) font l'objet de protocoles. Le traitement des réclamations et l'accès du patient à son dossier médical sont organisés. Le signalement des cas de maltraitance fait partie intégrante du système global de signalement des événements indésirables.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est réalisée sous forme de plaquettes d'information ou par voie d'affichage dans les différents services.

Des actions de formation sont prévus dans les plans d'actions des 4 processus définis pour la thématique.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins de l'établissement, les cadres des différents services organisent la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques (personne de confiance, intimité, confidentialité, contention..) sur des temps de transmission destinés à concerner le plus grand nombre d'agents.

Les professionnels des secteurs s'assurent du respect des droits des patients dans leur pratique professionnelle quotidienne. Au niveau de chaque secteur d'activité, ou service, l'encadrement réalise un suivi informel de la conformité des pratiques avec les dispositions applicables, sans nécessairement de lien avec des objectifs ou un plan d'actions identifiés. Des actions d'amélioration sont toutefois identifiés en cas de déviance des bonnes pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences humaines, matérielles et documentaires sont disponibles, et accessibles. Les rôles des professionnels en matière d'accueil du patient sont définis. L'établissement réalise un effort notable de formation des agents, notamment soignants, dans le domaine de la bientraitance, et des droits des patients en général.

Les locaux spacieux et le nombre majoritaire de chambres à un lit permettent un meilleur respect des consignes relatives à la confidentialité et à l'intimité. Dans les chambres à deux lits des paravents sont mis à disposition des soignants.

En termes d'information, le livret d'accueil est en place et sa distribution est organisée. De même, la distribution, l'explication et le recueil des questionnaires de sortie font l'objet d'une attention spécifique.

Les protocoles relatifs aux droits des patients sont accessibles pour les professionnels dans la gestion documentaire informatique et papier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour une prise en charge du patient de qualité. La démarche de prise en charge du patient dans sa globalité intègre les principes de bientraitance, à travers les protocoles de soins et les pratiques des professionnels. Compte

tenu de l'existence de chambres à deux lits, les soins sont dispensés dans le respect de l'intimité du patient grâce notamment à l'usage de paravents. La confidentialité des données du patient fait l'objet de procédures et de pratiques professionnelles particulières (règles d'utilisation du dossier informatisé, accessibilité contrôlée des locaux, règles de consultation de dossiers patient lors de la visite quotidienne...).

Les interfaces entre secteurs d'activité sont opérationnelles. L'agent soignant en charge de l'accueil du patient, dans chaque service, a pour mission de lui présenter le fonctionnement du service, les conditions d'alimentation, le recueil des coordonnées des personnes de confiance et à prévenir.

Il résulte des investigations qu'une plaquette d'information de la CRU est mise à disposition dans le bureau du cadre de santé. Le livret d'accueil est remis systématiquement à chaque entrée. La charte du patient hospitalisé est affichée dans chaque service.

La traçabilité des informations relatives à la thématique des droits des patients est assurée dans le dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des usagers par rapport à leur prise en charge, selon des supports adaptés et comportant des éléments spécifiques, variant selon les services d'hospitalisation, urgences et consultations externes. Cette évaluation se base, par principe, sur des éléments déclaratifs. Elle est réalisée par le service qualité. Le bilan de cette évaluation est porté à la connaissance de la CRU. Le taux de retour est significatif.

Une EPP sur "Les bonnes pratiques professionnelles dans la contention physique passive" a été menée à terme en 2011.

Une étude sur la confidentialité a été réalisée en 2014.

Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif cohérent et global d'évaluation du respect de l'ensemble des droits des patients, selon une méthodologie non déclarative des intéressés. L'établissement n'évalue pas les pratiques des professionnels en termes de prévention de la maltraitance, respect de la dignité, de l'intimité du patient. Un audit de pratiques sur le droit des patients est prévu pour 2016.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels, par le biais d'une lettre qualité, et auprès des usagers siégeant à la CRU. Cette instance est informée des suites données aux recommandations annuelles qu'elle a formulées.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'établissement n'évalue pas les pratiques des professionnels en terme de prévention de la maltraitance, respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité des informations du patient.</p> <p>L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers par le biais d'un questionnaire de sortie, comportant des éléments variant selon les secteurs concernés (hospitalisation, urgences, consultations) En revanche, il n'évalue pas les pratiques des professionnels dans les domaines de la prévention de la maltraitance, du respect de la dignité, de l'intimité du patient. Un audit de pratiques sur le droit des patients est prévu pour 2016.</p>	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

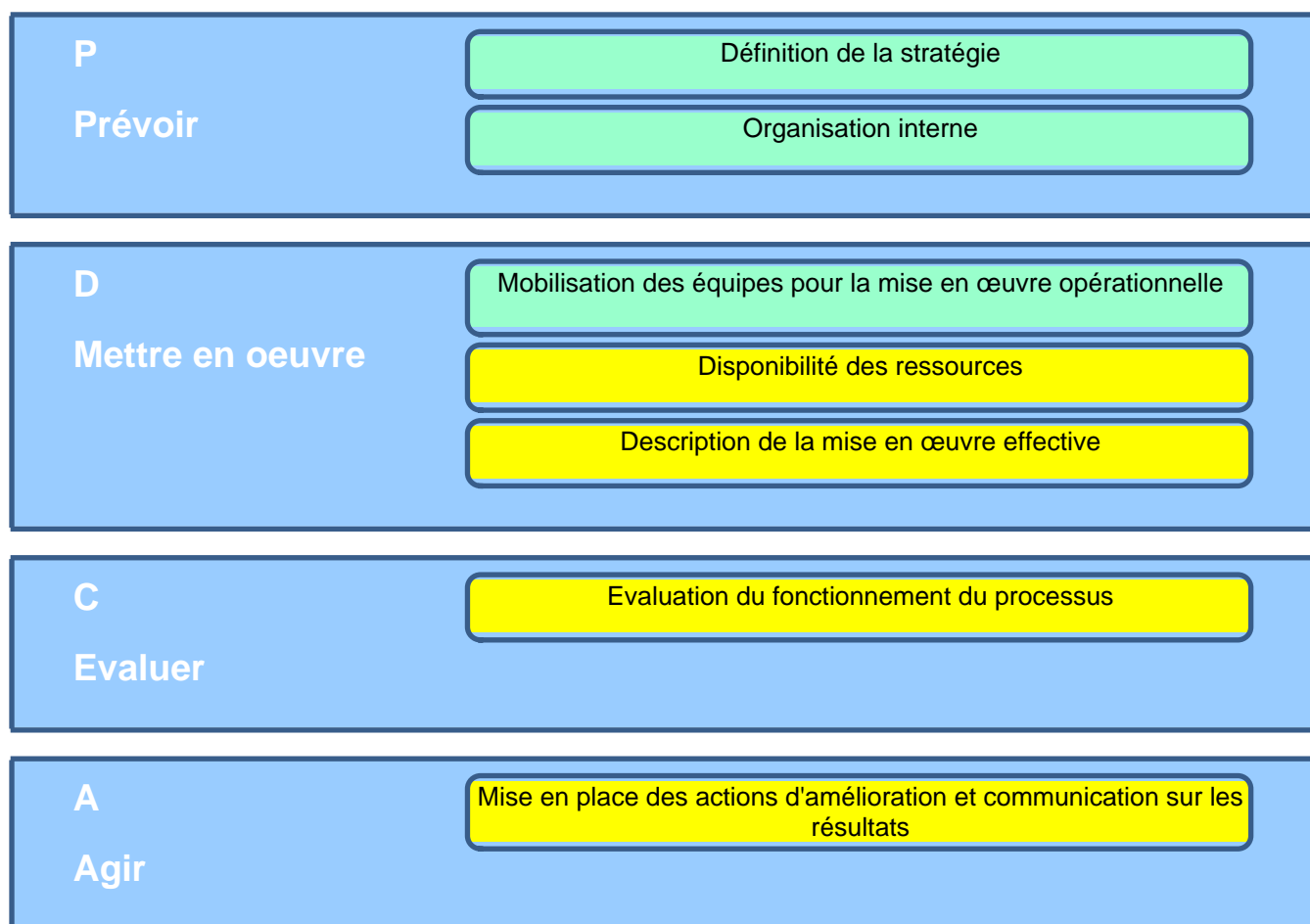
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2011-2014, le projet en cours de construction 2015-2019 et le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen 2012-2016 illustrent la stratégie de l'établissement autour de ses champs de compétences identifiés et reconnus. Dans son projet d'établissement antérieur et celui à venir, et dans le cadre du CPOM, l'établissement a construit deux axes de parcours patient. Un autour d'un centre de référence pour la prise en charge de rééducation fonctionnel supra territorial, l'autre autour de soins de proximité pour la population du bassin desservi. Il existe une réflexion et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, construite par le directoire est présentée en CME et conseil de surveillance et validée par les instances concernées, elle a permis ces dernières années une réorganisation des pôles autour d'un pôle médical et d'un pôle SSR. L'entretien avec les pilotes institutionnels a permis de confirmer les réorganisations en cours dans cette dynamique, ainsi que de présenter le positionnement de l'établissement dans la réflexion portant sur l'offre de soins pour le territoire.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il a construit un modèle de réflexion dénommé schéma processus parcours patient qui lui a permis autour de ce support d'élaborer par pôle 10 "parcours patient". Chaque schéma "parcours patient" est accompagné d'une carte d'identité processus qui désigne le pilote de ce travail et les axes de travail en cours ou à venir. L'organisation de l'établissement s'est construite autour de ces schémas "parcours patient" afin d'optimiser les types de prise en charge proposés aux patients. Pour construire ces "parcours" l'établissement s'est appuyé sur l'analyse de situation autour de la méthode du "patient traceur", analyse de 10 situations. Dans sa préparation à la visite de certification l'établissement a analysé 10 situations avec la méthodologie de patient traceur. Cela a permis, comme l'ont exposé les pilotes opérationnels, aux acteurs de terrain de s'approprier la démarche et les attendus de la Haute Autorité de Santé quant à la prise en charge du patient. L'admission est organisée et structurée en fonction des parcours des spécificités, permettant d'assurer une sécurisation de l'identité des données dans le dossier patient informatisé, et une qualité de l'accueil. Un travail a été conduit avec les équipes qui a permis pour les patients pris initialement en Unité d'Hospitalisation de courte durée pour éviter des manipulations inutiles le patient est transféré avec son lit dans la nouvelle unité de soin et c'est l'équipe de la nouvelle unité qui vient le chercher et l'accompagne pour le transfert. Des procédures/protocoles sont formalisés sur le parcours patient. Les locaux et équipements nécessaires à la prise en charge sont prévus. Des formations sur le parcours du patient sont prévues dans un plan de formation. Pour exemple, une action d'actualisation des gestes d'urgences adaptée aux qualifications des agents (AFGSU 1 et AFGSU2) figure au plan de formation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle dans certains secteurs d'activité. La mobilisation des équipes se caractérise à travers la déclinaison de personnes ressources que sont les pilotes de processus parcours patient. Ceci a permis à l'établissement de rendre efficient différents points identifiés comme critiques auparavant, telles les modalités d'admission et l'évaluation de l'état de santé initial. L'établissement a travaillé avec une implication des équipes concernant l'accueil des patients. La mise en place du dossier patient informatisé, à travers la traçabilité du poids et le calcul de l'IMC systématisé, a permis d'améliorer la surveillance et la prise en charge nutritionnelle. De même, la réalisation de l'EPP sur la prévention des escarres a entraîné l'utilisation d'outils de dépistage sur un support approprié. Suite aux 10 patients traceurs réalisés, les résultats ont été communiqués aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires pour assurer un parcours patient cohérent à travers les "schéma de processus" de l'établissement sont disponibles. Les procédures/protocoles sur le parcours patient sont accessibles aux professionnels dans la gestion documentaire.

Les formations prévues sur le parcours sont réalisées.
L'établissement a mis en place un comité "éducation thérapeutique" en 2012, réuni à plusieurs reprises en 2013. Différents programmes ont été proposés et mis en place (gestion de son traitement par AVK, réalisation d'auto-sondage urinaire, vivre avec un membre amputé ...). L'établissement est membre du réseau diapason 36 qui promeut et met en place un programme d'éducation thérapeutique concernant la gestion de son diabète par le patient.

Un des patients traceurs a bénéficié d'un traitement par anti-vitamine K et il lui a été proposé de participer à l'action d'éducation thérapeutique sur la surveillance et le suivi de ce traitement avec intervention du pharmacien et de la diététicienne.

Concernant la gestion de l'urgence vitale, il existe dans chaque unité un chariot d'urgence. Ceux-ci ont été configurés par l'équipe des urgentistes et sont identiques dans chaque service.

Concernant la sécurité des personnes et le système de prévention des fugues, il a été observé que les portes de secours ne sont pas sécurisées pour éviter des sorties involontaires ou accidentelles. D'ailleurs un patient désorientée a été trouvé, durant la visite, errant dans l'escalier de secours. L'absence de dispositif adapté pour prévenir le personnel, ou de tout autre système limitant l'usage de ces issues, expose à une récurrence de ce type d'incident.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a mis en place un dossier patient informatisé permettant une traçabilité des différents acteurs en temps réel et facilitant le suivi et la continuité de la prise en charge. Celle-ci est particulièrement bien organisée en médecine physique et réadaptation.

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge est mis en place et respecte les bonnes pratiques.

La prise en charge du patient établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Un projet de soins personnalisé est concerté, intégrant la réflexion bénéfico-risque, réévalué, tracé. La prise en charge reposant sur des réunions pluriprofessionnelles et/ ou pluridisciplinaires.

Concernant la formalisation du plan de soins personnalisé et plan de soins personnalisé après cancer : les patients de chimiothérapie bénéficient d'un plan de soins personnalisé, formalisé, et actualisé au fil de l'évolution de la maladie. Quand le patient se trouve en rémission, un plan de soins après cancer, formalisant les modalités du suivi et les actions de prévention à mettre en place, est élaboré et remis au patient.

Les règles de présence et système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 mises en œuvre.

L'entretien et le suivi des chariots d'urgences sont formalisés et tracés ainsi que leur utilisation.

Concernant les informations fournies à l'admission, le patient traceur réalisé en USLD montre un défaut de traçabilité de l'information à l'entrée sur les modalités du séjour.

Concernant l'identification du patient, il apparaît un problème d'identification au lit du malade dans le secteur USLD consistant à pouvoir correctement identifier les résidents non ou peu communicants. Ainsi le patient traceur (USLD) montre un défaut de structuration des modalités de confirmation de l'identification du patient incapable de confirmer ou de donner son identification (absence de bracelet d'identification, de photographie facilitant la reconnaissance faciale ou tout autre moyen d'identification).

A propos de la production du bon d'examen de laboratoire, il a été noté un défaut de remplissage et modalité d'édition des bons. Lors de l'observation de la préparation des bons de laboratoire pour le patient traceur adulte médecine il a été constaté que les bons sont recopiés par l'infirmière (qui coche sur formulaire papier la demande du médecin prescrite sur le dossier patient informatisé). De même la transmission d'élément clinique pour le laboratoire n'est pas effective.

Le patient traceur (en USLD) montre que l'évaluation de la douleur durant un séjour prolongé sur plusieurs années n'a pas été toujours adaptée à la situation clinique. cette évaluation insuffisamment fréquente, lors de l'altération de sa capacité à communiquer, ne permet pas de s'assurer d'une antalgie efficace. Depuis la reprise d'une communication, la traçabilité de l'évaluation de sa douleur avec l'illustration d'une antalgie efficace est de nouveau effective.

Concernant l'articulation entre équipe de rééducation et l'équipe soignante on note en USLD à travers le patient traceur (USLD) que dans la synthèse de prise en charge l'absence de conclusions de certains des rééducateurs. Le projet vie individualisé en USLD (qui permet de construire entre autre le projet de soins et thérapeutique) bien que réglementaire n'est pas systématiquement élaboré pendant le séjour. Lors de la visite terrain, il a été constaté que le projet de vie individualisé n'est pas formalisé pour un grand nombre de résidents. Par ailleurs, le dossier ne montre pas de traçabilité de la réflexion bénéfico risque du sevrage de la gastrotomie. De même, le dossier ne montre pas la traçabilité des actions préventives des fausses routes mettant en exergue l'absence de formalisation de projet de soins personnalisé.

Concernant l'oncologie, les conclusions des RCP et RMM ne sont pas toujours retrouvées dans le dossier. Pour les patients pris en charge en hôpital de jour lors des séances de chimiothérapie, un des praticiens participe aux RCP (réunion de concertation Pluridisciplinaire), au Centre de Coordination en Cancérologie (3C) ainsi qu'aux Revues de Morbi Mortalité dans un des centres d'oncologie du territoire. Dans chaque dossier patient, la traçabilité de la réflexion et de l'avis de la RCP est recherché et accessible si elle est transmise. De plus, les conclusions ou retour de RMM ne sont pas accessibles dans l'établissement ni transmises aux différents acteurs qui peuvent être concernés par la situation abordée.

Afin d'améliorer les conditions de formalisation du courrier de sortie, l'établissement a mis en place "une dictée numérique". Cette évolution technique a permis de faciliter de la part des praticiens la dictée en temps réel du courrier de sortie, ainsi que d'optimiser la ressource de secrétariat pour raccourcir le temps de formalisation de celui-ci. L'indicateur "délai du courrier de sortie" n'est pas suivi en dehors des périodes réglementaires. Au sujet de l'organisation de la sortie pour le patient en USLD, il est constaté au travers du patient traceur (USLD) qu'une réorientation vers un autre lieu de vie adapté à son état devait être envisagée, cependant celle-ci n'avait pas encore été structurée ni formalisée et préparée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours patient repose avant tout sur l'EPP. L'établissement a une politique EPP formalisée et validée datant de 2012, non réévaluée actuellement. Elle permet de définir les modalités de choix et de mise en place d'une EPP. Il existe un tableau de bord EPP qui permet d'avoir une vision globale des travaux en cours. Certaines EPP comprennent des indicateurs qui ne sont pas intégrés dans le PAQ ou outils de réflexion à l'échelle de l'établissement.

Pour se préparer à la visite de certification V2014, l'établissement s'est approprié la méthode du patient traceur; cela lui a permis, à travers dix situations de patient traceur, d'identifier certains risques, à intégrer dans sa cartographie des risques.

Cependant, l'établissement n'a pas d'indicateur propre ni de tableau de bord lui permettant d'évaluer l'avancée de ses démarches ou les écarts par rapport à son plan d'action. Lors des entretiens avec les différents pilotes tant institutionnels qu'opérationnels il est apparu que l'axe de travail est centré sur la mise en place d'une structuration des fonctionnements plus que sur la mise en place d'indicateurs adaptés aux actions ou aux objectifs pour évaluer les dispositifs en place.

A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre et en partie articulées avec le programme institutionnel (listing d'actions).

Le projet qualité et prévention des risques existant a été rédigé en 2010 et couvrait la période 2010-2014 ; un nouveau est en cours de formalisation pour la période 2015-2019. Cependant, il ne propose pas, au jour de la visite, de façon précise ni formalisée des actions d'amélioration portant sur le parcours patient.

Une communication de la liste d'actions est transmise aux professionnels mais pas les résultats des actions menées.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	La sécurité des personnes et la prévention des fugues ne sont pas totalement effectifs. Lors de la visite terrain, il a été observé que les portes de secours ne sont pas sécurisées pour éviter des sorties involontaires ou accidentelles. D'ailleurs un patient désorientée a été trouvé errant dans l'escalier de secours. L'absence de dispositif adapté pour prévenir le personnel ou de tout autre système limitant l'usage de telle issue expose à une récurrence de ce type d'incident.	19a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	A propos du projet vie individualisé en USLD (qui permet de construire le entre autre le projet de soins et thérapeutique) bien que réglementaire n'est pas systématiquement élaboré pendant le séjour. Lors de la visite terrain, il a été constaté que les projet de vie individualisé n'est pas formalisé pour un grand nombre de résident. Le patient traceur (USLD) constate l'absence de projet de vie individualisé (ni construit ni formalisé). Par ailleurs le dossier ne montre pas de traçabilité de la réflexion bénéfique risque du sevrage de la gastrotomie. De même le dossier ne montre pas la traçabilité des actions préventives des fausses routes mettant en exergue l'absence de formalisation de projet de soins personnalisé.	17a
	PS	L'articulation entre équipe de rééducation et l'équipe soignante n'est pas garantie. Il a été noté lors du patient traceur (USLD) que dans la synthèse de prise en charge l'absence des conclusion de certains des rééducateurs.	18a
	PS	La traçabilité de l'information sur les modalités de séjour n'est pas exhaustive à l'admission. Ainsi le patient traceur (USLD) montre un défaut de traçabilité de l'information sur les modalités du séjour.	11a
	NC	Le renseignement des bons d'examen de laboratoire n'est pas conforme en médecine. Au travers du patient traceur (adulte médecine) lors de l'observation de la préparation des bons de laboratoire pour le patient traceur adulte médecine, il a été constaté que les bons sont recopiés par l'infirmière (coche sur formulaire papier la demande du médecin prescrite sur le Dossier patient informatisé du médecin). De même, la transmission d'élément clinique pour le laboratoire n'est pas effective.	21a
	NC	L'organisation de la sortie pour le patient en USLD n'est pas finalisée. Au travers du patient traceur (USLD) qu'une réorientation vers un autre lieu de vie adapté à son état devait être envisagée, cependant celle-ci n'avait pas encore était structurée ni formalisée et préparée.	24a
	NC	L'identification des résidents non ou peu communicants n'est pas garantie. Ainsi le patient traceur (USLD) montre un défaut de structuration des modalités de confirmation de l'identification du patient incapable de confirmer ou de donner son identification (Absence de bracelet d'identification, de photographie facilitant la reconnaissance faciale ou tout autre moyen d'identification).	15a
	PS	Les conclusions des RCP et RMM ne sont pas toujours retrouvées dans le dossier d'oncologie en HDJ. Pour les patients pris en charge en hôpital de jour lors des séances de chimiothérapie, un des praticiens participe au RCP (réunion de concertation Pluridisciplinaire), au Centre de Coordination en Cancérologie (3C) ainsi qu'aux Revues de	28a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		Morbi Mortalité dans un des centres d'oncologie du territoire. Dans chaque dossier des patients la traçabilité de la réflexion et de l'avis de la RCP est recherché et accessible si elle est transmise. De plus, les conclusions ou retour de RMM ne sont pas accessibles dans l'établissement ni transmises aux différents acteurs qui peuvent être concernés par la situation abordée.	
	PS	L'évaluation de la douleur n'est pas toujours régulière en USLD. Le patient traceur (USLD) montre que l'évaluation de la douleur durant son séjour prolongé sur plusieurs années n'a pas été pas toujours adaptée à la situation clinique. On observe une évaluation insuffisamment fréquente lors de l'altération de sa capacité à communiqué ne permettant pas de s'assurer d'une antalgie efficace. A noter depuis sa reprise de la communication la traçabilité de l'évaluation de sa douleur avec l'illustration d'une antalgie efficace.	12a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	L'établissement n'a pas d'indicateur propre ni de tableau de bord lui permettant d'évaluer l'avancée de ses démarches ou les écarts par rapport à son plan d'action. Lors des entretiens avec les différents pilotes tant institutionnels qu'opérationnels il est apparu que l'axe de travail est centré sur la mise en place d'une structuration des fonctionnements existants et à venir et non pas sur la mise en place d'indicateurs adaptés aux actions ou aux objectifs permettant d'évaluer les dispositifs en place.	1a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration concernant le parcours du patient ne sont pas précises et leur réalisation non communiquée. Des actions sont mises en œuvre mais elles sont peu précises et en partie articulées avec le programme institutionnel (listing d'actions). Une communication de la liste d'actions est transmise aux professionnels mais pas les résultats des actions menées.	1a

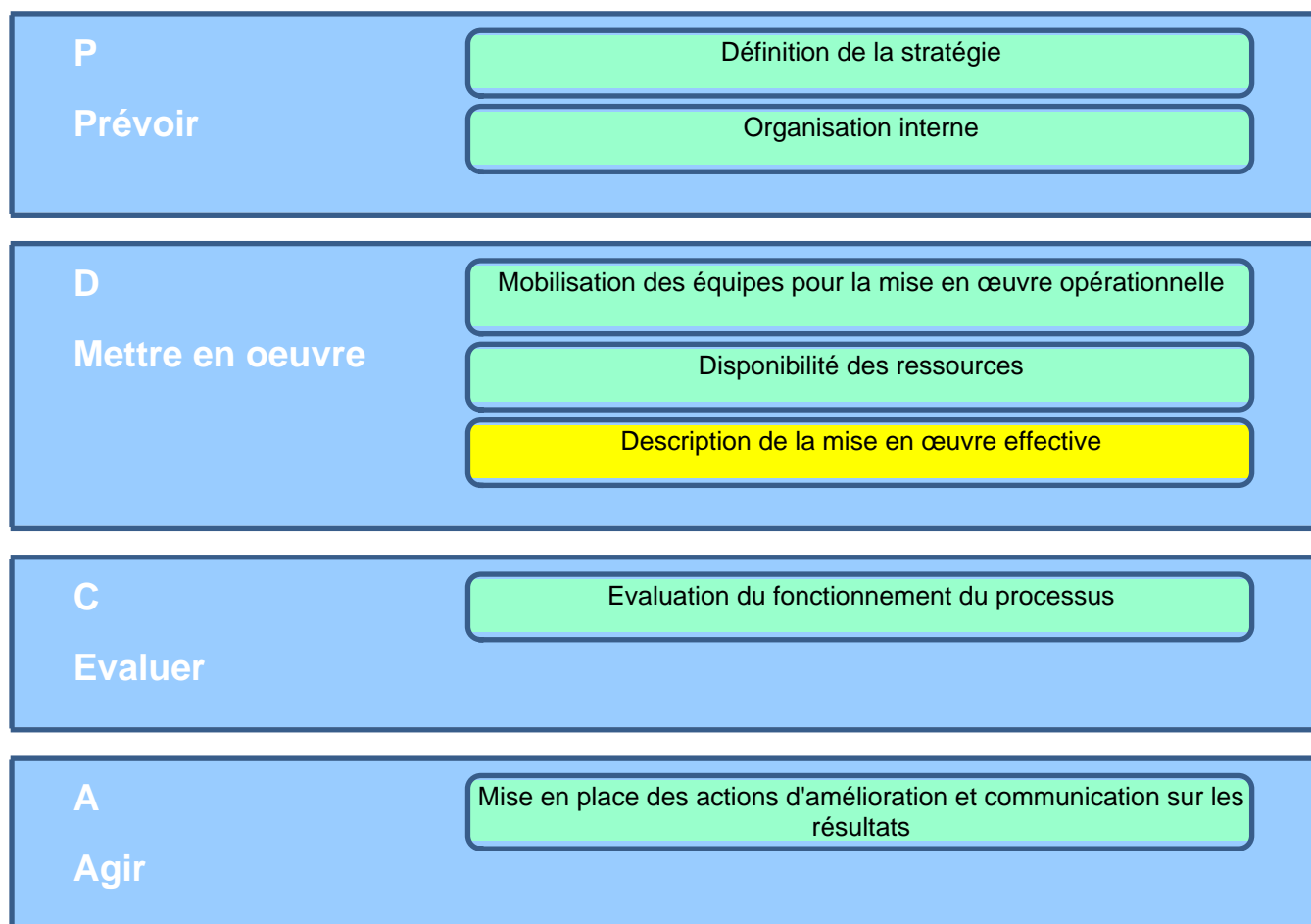
DOSSIER PATIENT

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
<p>Il existe une politique du dossier patient (dernière version datant de 2012) et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement (à travers un schéma de processus et une carte d'identité du processus). Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action (listing d'actions). L'entretien avec le pilote et l'analyse de la gestion documentaire ont permis d'objectiver la situation de l'établissement.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Pour ce faire, l'établissement a créé un groupe de travail doté d'un règlement intérieur, composé en novembre 2015. Un échéancier de réunion pour 2016 est défini.</p> <p>Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. L'établissement s'est doté d'un parc informatique lui permettant de pouvoir faire face au déploiement de son dossier patient informatisé. Un plan de reprise d'activité existe et est activé systématiquement lors des changements de version.</p> <p>Les procédures de gestion du dossier (tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc.).</p> <p>L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est structuré. L'établissement en lien avec les représentants des usagers a organisé et structuré l'accès du patient à son dossier et son information. Il a formalisé une procédure et mis en place un dispositif d'écoute des représentants des usagers pour adapter son dispositif si nécessaire.</p> <p>La formation relative au dossier patient est prévue mensuellement dans le plan de formation pour intégrer l'ensemble des acteurs.</p> <p>La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.</p>

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>La démarche institutionnelle n'est pas déclinée en plan d'action opérationnel dans tous les secteurs. Les professionnels sont sensibilisés sur le processus lors de formations mensuelles. Il n'y a pas d'évaluation des pratiques en routine par rapport aux dispositions prévues en dehors des IQSS tous les 2 ans en MCO et SSR. Des actions sont identifiées mais pas de manière structurée.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences (formation dédiée mensuelle avec un plan pour intégrer l'ensemble des acteurs), sont déployées dans les secteurs d'activité. L'appropriation du dossier patient au vu des patients traceurs et des visites sur le terrain est en cours d'acquisition.</p> <p>Les professionnels ont accès aux procédures sur la gestion du dossier et l'accès du patient à son dossier via la gestion documentaire.</p> <p>Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'établissement est passé à la procédure d'examen radiologique sans film. L'accès aux résultats de laboratoire est effective sur le dossier patient informatisé.</p> <p>Les avis des différents intervenants sont lisibles par l'ensemble des acteurs.</p> <p>Le corps médical s'est approprié la dictée numérique permettant de faciliter la concrétisation d'un document de sortie.</p> <p>Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés : l'établissement a mis en place une procédure et défini les acteurs pour répondre dans les temps impartis aux demandes des patients ou de ses ayants droit.</p> <p>L'ensemble des acteurs médicaux, paramédicaux, de rééducation et sociaux trace la prise en charge dans</p>

le dossier du patient. Le patient traceur en service de rééducation fonctionnelle a objectivé l'excellence de la tenue du dossier dans cette unité qui s'est investie en premier dans le dossier patient informatisé. Cependant, la mise en œuvre du dossier patient informatisé reste dans certaines unités "personnel-dépendante" et non systématique. Lors de la visite terrain il est clairement apparu que les acteurs utilisent un double dossier, le dossier informatisé pour la traçabilité des gestes courants et le dossier papier pour les documents spécifiques ou annexes. Dans certaines unités (USLD par exemple) le dossier est d'abord traité sous forme papier avant d'être saisi sur le dossier informatique, source de recopiage et de risque d'erreur. Pour les urgences, il existe un dossier papier pour les patients non hospitalisés avec un risque de recopiage si une hospitalisation est secondairement envisagée. De plus, aux urgences la pratique de l'utilisation du dossier informatisé à ce jour reste praticien-dépendante. Par ailleurs, le plan de reprise d'activité n'est pas connu des acteurs de terrains qui ne se le sont pas approprié. Lors de la visite terrain ou des patients traceurs il a été objectivé que, selon les acteurs, des outils ou des dispositifs peuvent varier, afin de leur permettre de faire face en cas de défaillance du logiciel patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise tous les 2 ans le recueil des indicateurs IQSS sur la tenue du dossier en MCO et SSR. Il mesure également le délai de transmission du dossier au patient ou à son ayant droit. L'évaluation de la gestion du dossier du patient n'est pas réalisée en routine, notamment sur la base d'indicateurs. Bien que disposant d'un dossier patient informatisé, l'établissement n'a pas mis en place de tableaux de bord présentant en routine les résultats de l'établissement en matière de délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation ou de tenue du dossier patient et permettant un suivi régulier de la progression des indicateurs pour mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Le bilan annuel de la mise en œuvre du programme n'est pas réalisé.

A / AGIR

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

Peu d'actions sont mises en œuvre et intégrées dans le programme institutionnel (listing d'actions). Pour améliorer la continuité d'utilisation du dossier patient informatisé il existe un plan de reprise d'activité du système d'information. Ce plan est activé lors de situations à risque comme lors des mises à jour de la version d'exploitation par exemple. Pour favoriser l'appropriation du dossier patient informatisé, un programme de formation à l'outil est organisé de façon mensuelle. Une communication de la liste d'actions est transmise aux professionnels mais les résultats des actions menées sont peu connues bien que chaque réunion du groupe dossier patient comporte un compte rendu inclus systématiquement dans la gestion documentaire.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne sont pas totalement mobilisés concernant le dossier patient. La démarche institutionnelle n'est pas déclinée en plans d'action opérationnel dans tous les secteurs. Il n'y a pas d'évaluation des pratiques en routine par rapport aux dispositions prévues en dehors des IQSS tous les 2 ans en MCO et SSR. Des actions sont identifiées mais pas de manière structurée.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le plan de reprise d'activité n'est pas connu des acteurs de terrains qui ne se le sont pas approprié. Lors de la visite terrain ou des patients traceurs il a été objectivé que selon les acteurs chacun a construit des outils lui permettant de faire face en cas de défaillance du logiciel patient.	14a
	NC	La mise en œuvre du dossier patient informatisé reste dans certaines unités personnel- dépendant et non systématique. Lors de la visite terrain il est clairement apparu que les acteurs utilisent un double dossier, le dossier informatisé pour la traçabilité des gestes courants et le dossier papier pour les documents spécifiques ou annexes. Dans certaines unités (USLD par exemple) le dossier est d'abord traité sous forme papier avant d'être saisi sur le dossier informatique, source de recopiage et de risque d'erreur. Pour les urgences, il existe un dossier papier pour les patients non hospitalisés avec un risque de recopiage si une hospitalisation est secondairement envisagée. De plus, aux urgences la pratique de l'utilisation du dossier informatisé à ce jour reste praticien-dépendante.	14a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de la gestion du dossier du patient n'est pas réalisée en routine, notamment sur la base d'indicateurs. Bien que disposant d'un dossier patient informatisé, l'établissement n'a pas mis en place de tableaux de bord présentant en routine les résultats de l'établissement en matière de délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation ou de tenue du dossier patient et permettant un suivi régulier de la progression des indicateurs pour mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Le bilan annuel de la mise en œuvre du programme n'est pas réalisé.	14a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Peu d'actions sont mises en œuvre et peu connues des professionnels. Les actions sont partiellement mises en œuvre et les résultats de ces actions peu ou mal connus des acteurs bien que chaque réunion du groupe dossier patient comporte un compte rendu inclus systématiquement dans la gestion documentaire.	14a

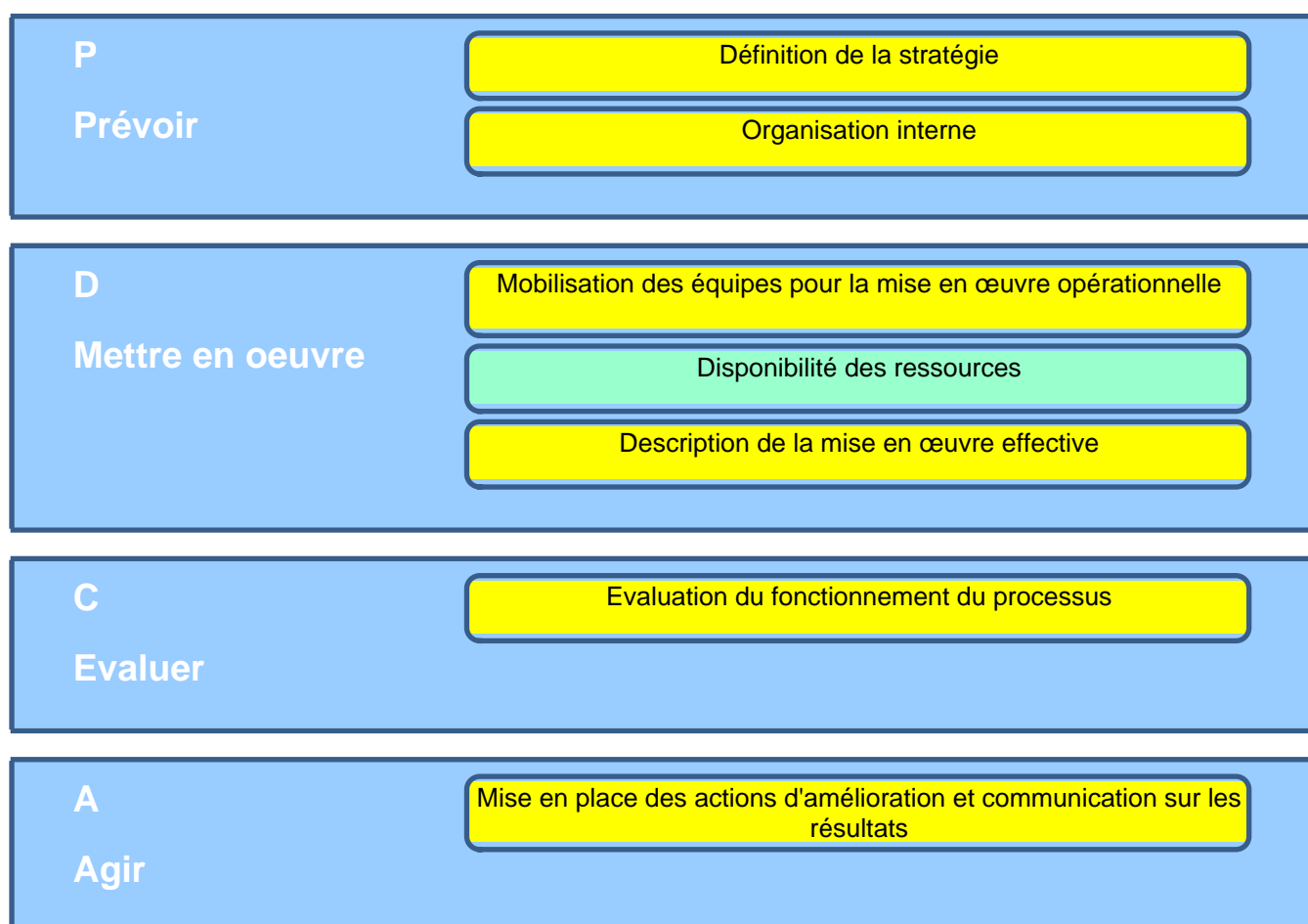
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a formalisé une politique du circuit du médicament, présentée à la CME en 2013, par la personne alors en charge de la qualité au sein de l'établissement. Le document est nommé fiche politique du circuit du médicament, précisions étant apportées qu'il constitue la "reprise des textes réglementaires".

Différentes cartographies des risques ont été formalisées : l'établissement a présenté une cartographie des risques élaborée en 2012, puis une nouvelle dans le cadre des travaux pour le compte qualité.

L'établissement a formalisé un plan d'action global pour le processus.

La politique du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en date de mars 2013, fixe 4 objectifs.

Ces 4 objectifs portent sur le développement d'un management de la qualité, l'élaboration d'un programme d'actions et d'évaluation, la mise en place des formations sur les risques médicamenteux et le développement d'une culture de sécurité, et enfin le suivi d'un programme d'action au moyen d'indicateurs.

Cependant, cette politique n'a pas été actualisée et n'est pas complète. Elle est sans lien avec l'identification des risques actuels, mais prenant toutefois appui sur l'ancienne cartographie des risques, le contrat de bon usage du médicament, du CPOM et des fiches de signalements d'événement indésirables.

Bien que l'établissement réalise de la chimiothérapie injectable en tant qu'établissement associé, aucune information sur le sujet n'apparaît dans la politique qui ne fait pas état des particularités liées à l'administration de chimiothérapie.

De plus, la politique ne précise toutefois aucune disposition spécifiques au sujet âgé. Les différentes parties du document portent sur la politique, le circuit de la prise en charge médicamenteuse, l'efficacité de la prise en charge du patient, et les vigilances sanitaires.

Par ailleurs, la hiérarchisation des risques présentés aux experts-visiteurs ne présente pas de cohérence entre le compte qualité et le plan d'actions global du processus, enrichi des différentes sources d'action d'amélioration. Le pilote du processus ne connaît pas les modalités de hiérarchisation des risques ni les codes couleur utilisés dans le plan d'action global du processus présenté à l'expert-visiteur.

Enfin, le plan d'actions global ne peut être utilisé par le pilote comme une feuille de route. Il n'est pas daté, ne désigne pas de responsable précis de l'action, ne prévoit pas d'indicateur de suivi et ne fait pas apparaître le réajustement des échéances en cas de dépassement de celles-ci.

ORGANISATION INTERNE

La CME a délibéré en mai 2012 sur la nomination d'un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ). Une fiche de poste de RSMQ a été présentée à la CME en mars 2013. La décision du 21 janvier 2014 fait état de la nomination par le directeur d'un praticien hospitalier comme RSMQ.

Le COMEDIMS en place au sein de l'établissement depuis février 2012 a pour mission de participer à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le domaine du médicament et des dispositifs médicaux. Le COMEDIMS a formalisé son règlement intérieur en février 2012.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en cours, toutes les unités fonctionnelles sont équipées de poste informatique.

Toutefois, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas accompagnée de formation permettant l'appropriation de l'outil par certains professionnels, en particulier les infirmières. Le SI ne fait pas apparaître de formation d'accompagnement de la mise à disposition des matériels informatiques.

L'établissement dispose d'un manuel qualité de la pharmacie à usage intérieur, mis en application en décembre 2014.

De nombreux documents qualité sont élaborés par les pharmaciens et mis à disposition des professionnels (protocole, recommandations...), visant l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

Cependant, l'implication du RSMQ dans la stratégie de l'établissement sur ce processus n'a pu être mesurée. Aucun document consulté par les experts-visiteurs (Compte rendu de CME, de COMEDIMS, manuel qualité de la PUI, protocoles, compte rendu de CREX...) ne mentionne la présence ou validation du praticien RSMQ, à ce titre. Le compte rendu de la CME de juin 2014 fait état de la présentation par le RSMQ du bilan des actions réalisées ou en cours, mais ce document annexe du compte rendu de la CME, n'a pu être communiqué aux experts-visiteurs par l'établissement. De plus, le plan d'actions global du processus identifie le rapport annuel du RSMQ comme non réalisé. Malgré des sollicitations réitérées, les experts-visiteurs n'ont pu rencontrer le RSMQ de l'établissement, au titre de cette mission, y compris après proposition de rencontres supplémentaires. Seul le pharmacien de l'établissement a été présent à la rencontre des pilotes. Par ailleurs, la liste des membres de la COMEDIMS ne mentionne pas le RSMQ.

Enfin, à défaut d'organisation d'astreinte des pharmaciens, il est fait un recours non négligeable à l'accès direct à la PUI par le personnel d'astreintes administratives, non habilité à l'accès à la PUI. Le personnel administratif a eu recours 18 fois à la PUI sur les 11 premiers mois de 2015, soit presque 2 fois par mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont conduites par les pharmaciens auprès des professionnels, en particulier des infirmières. Les comptes rendus du COMEDIMS font état des actions menées annuellement.

Cependant, la culture sécurité est peu connue des professionnels, le signalement des événements indésirables est peu fréquent. La plupart des professionnels rencontrés disent peu connaître les risques liés aux médicaments et avoir rarement recours à l'utilisation des fiches événements indésirables. En 2014, seuls 30 événements indésirables ont fait l'objet d'un signalement, sur un total de 255 fiches. La notion de iatrogénie médicamenteuse est peu connue, encore moins maîtrisée.

De plus, l'implication médicale dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est variable : la participation des médecins aux travaux de la COMEDIMS est de 58%.

Enfin, les cadres des unités sont peu impliqués dans la vérification des bonnes pratiques liées notamment à la préparation et administration médicamenteuse. Ils ne réalisent pas d'évaluation sur ce sujet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'informatisation exhaustive de la prescription médicale contribue au respect des règles de prescription et d'unicité du support de traçabilité de l'administration. Toutes les unités fonctionnelles disposent d'ordinateurs équipés du logiciel permettant la prescription informatisée et la traçabilité de l'administration sur le même support.

La liste des médicaments à risque est mise à disposition des professionnels.

Des actions de sensibilisation et de formation sur le bon usage des antibiotiques sont conduites par les pharmaciens auprès de la communauté médicale.

Les patients sont informés sur le bon usage des médicaments. Des supports d'information sont disponibles pour les patients, en particulier en hospitalisation de jour pour les patients bénéficiant de chimiothérapie.

De nombreux documents qualité (protocole, recommandations...) sont mis à disposition des professionnels dans la gestion documentaire.

Un CREX, mis en place depuis 2012, a pour objectif l'analyse des causes profondes des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions médicamenteuses peuvent être toutes informatisées, chaque unité dispose d'ordinateur permettant l'informatisation de la prescription. L'ensemble des médecins rencontrés par les experts-visiteurs utilisent l'informatique mais ce n'est pas le cas pour toutes les prescriptions. En USLD, la prescription informatisée fait l'objet d'une édition papier sur laquelle il a été retrouvé une prescription manuscrite, non datée, non signée par un médecin.

L'analyse pharmaceutique a priori est réalisée et tracée informatiquement, une alerte couleur apparaissant en cas de défaut d'analyse avant dispensation. Cependant, l'analyse pharmaceutique n'est pas exhaustive dans le cas des traitements de chimiothérapie. En effet, le médecin accueillant les patients en hospitalisation de jour pour une chimiothérapie prescrit les thérapeutiques prévues sur le protocole issue des RCP mais, il ne communique pas à la pharmacie le traitement habituel du patient, ce qui ne permet pas une analyse exhaustive du traitement par le pharmacien.

La continuité du traitement médicamenteux, de l'admission à la sortie est assurée en cas d'absence d'information sur le traitement d'amont, les infirmières sollicitent le service duquel vient le patient. En cas de transfert du patient vers un autre établissement, la prescription en cours est éditée et est jointe à la fiche de liaison infirmière qui accompagne le patient.

La délivrance est nominative dans 70% des unités. Dans les autres, la dispensation est réalisée de manière globale. Les pratiques professionnelles liées au rangement, à la préparation et à l'administration des traitements sont variables, selon les effecteurs (préparatrices, IDE de nuit, de jour) et les unités. Dans deux unités différentes, il a été observé des modalités de rangement des traitements médicamenteux en contradiction avec les règles liées aux médicaments à risque (rangement d'autres médicaments dans le compartiment dédié aux médicaments à risque) ou aux règles prévues (rangement par forme ou par galénique).

L'observation de la préparation des traitements a permis d'identifier des préparations, non sur la base de la prescription informatisée, mais à partir d'une édition de la prescription, non réactualisée et ne prenant donc pas en compte les modifications récentes de traitement (cas de USLD et unité d'état végétatif chronique).

D'autres préparations, notamment de traitements injectables sont réalisées à partir de fiche en T sur lesquelles sont recopiés les traitements par les infirmières. Ces préparations sont faites très en amont de l'administration et sont stockées sur les paillasses en salle de soins, avec le numéro de chambre comme

seul identifiant. L'écrasement des traitements n'est pas réalisé sur la base de la prescription médicale, contrairement au protocole sur le sujet.

L'identification du patient avant l'administration d'un traitement n'est pas garantie en USLD, aucune organisation, aucun moyen ne permet, ni ne garantit l'identification du patient (y compris non communiquant ou souffrant de troubles cognitifs) avant l'administration d'un traitement. De plus, l'identification du pilulier repose uniquement sur le nom et le prénom du patient, manuscrits sur l'étiquette du pilulier.

La traçabilité de l'administration est réalisée à distance de celle ci, en fin de distribution dans tout le service USLD.

La non administration est souvent tracée, mais sa raison ne l'est que très rarement.

La maîtrise des codes utilisés dans le logiciel informatique pour la prescription médicamenteuse n'est pas assurée dans toutes les unités. En médecine gériatrique, les professionnelles rencontrées ne connaissent pas le code permettant d'identifier un traitement hors du livret thérapeutique, et ne peuvent donc anticiper les conséquences de cette information (en particulier retard de délivrance).

Les notions de pharmacovigilance et de iatrogénie ne sont que rarement connues des professionnels

La traçabilité de l'information donnée aux patients sur son traitement médicamenteux n'est que rarement retrouvée. Les dossiers consultés et les professionnels rencontrés témoignent de la non traçabilité des informations données aux patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Peu d'évaluations sont réalisées. Deux EPP ont été réalisées en 2015 : une sur le bon usage des antibiotiques en cas d'infection urinaire, et une sur la réévaluation de l'antibiothérapie à 24-72h.

Le bilan d'activité du COMEDIMS fait état des audits conduits.

Cependant, le CREX se réunit très peu souvent : il s'est réuni 2 fois en 2014 (30 EI déclarés) et une seule fois en 2015, bien en deçà des objectifs fixés par l'établissement lui-même, et par ceux fixés par l'ARS Centre.

A / AGIR

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

Le programme d'actions global fait état des actions menées et en cours. Toutefois, à défaut d'indicateurs de suivi, et d'échéancier réactualisé, il n'est pas utilisé comme une feuille de route par le pharmacien pilote du processus.

L'établissement se saisit peu les résultats de contrôle externe. Alors qu'il a fait l'objet d'un contrôle de l'ARS sur la mise en place en l'arrêté du 06 avril 2011, il ne prend en compte que très partiellement les conclusions de ce contrôle.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La hiérarchisation des risques ne présente pas de cohérence entre le compte qualité et le plan d'actions global du processus, enrichi des différentes sources d'action d'amélioration. Le pilote du processus ne connaît pas les modalités de hiérarchisation des risques ni les codes couleur utilisés dans le plan d'action global du processus présenté à l'expert-visiteur.	20a
	PS	Le plan d'actions global ne peut être utilisé par le pilote comme une feuille de route. Le plan d'actions global du processus n'est pas daté, ne désigne pas de responsable précis de l'action, ne prévoit pas d'indicateur de suivi et ne fait pas apparaître le réajustement des échéances en cas de dépassement de celles-ci.	20a
	PS	La politique ne précise aucune disposition spécifique au sujet âgé. Les différentes parties du document portent sur la politique, le circuit de la prise en charge médicamenteuse, l'efficacité de la prise en charge du patient, et les vigilances sanitaires.	20b
	PS	La politique du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient n'a pas été réactualisée et n'est pas complète. La politique du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient fixe 4 objectifs, sans lien avec l'identification des risques actuels, mais prenant toutefois appui sur l'ancienne cartographie des risques, le contrat de bon usage du médicament, du CPOM et des fiches de signalements d'événement indésirables. La politique est en date de mars 2013, date antérieure à la cartographie actuelle des risques réalisée suite à l'audit de processus. Bien que l'établissement réalise de la chimiothérapie injectable en tant qu'établissement associé, aucune information sur le sujet n'apparaît dans la politique. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse décrit dans la politique ne fait pas état des particularités liées à l'administration de chimiothérapie.	20a
P / Organisation interne	PS	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas accompagnée de formation permettant l'appropriation de l'outil par certains professionnels, en particulier les infirmières. Le SI ne fait pas apparaître de formation d'accompagnement de la mise à disposition des matériels informatiques.	20a
	NC	En dehors des horaires d'ouverture, des personnes non habilitées accèdent à la PUI. En l'absence d'astreinte pharmaceutique, le personnel administratif a accédé 18 fois à la PUI sur les 11 premiers mois de 2015, soit presque 2 fois par mois.	20a bis
	PS	L'implication du RSMQ dans la stratégie de l'établissement sur ce processus n'a pu être mesurée. Bien que nommé, il n'exerce pas pleinement sa fonction. Aucun document consulté par les experts-visiteurs (Compte rendu de CME, de COMEDIMS, manuel qualité de la PUI, protocoles, compte rendu de CREX...) ne mentionne la présence ou la validation du praticien RSMQ, à ce titre. Le compte rendu de la CME de juin 2014 fait état de la présentation par le RSMQ du bilan des actions réalisées ou en cours, mais ce document annexe du compte rendu de la CME, n'a pu être communiqué aux experts-visiteurs par l'établissement. Le plan d'actions global du processus identifie le rapport annuel du RSMQ comme non réalisé. Malgré des sollicitations réitérées, les experts-visiteurs n'ont pu rencontrer le RSMQ de l'établissement, au titre de cette mission. Seul le pharmacien de l'établissement a été présent à	20a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		la rencontre des pilotes. Le RSMQ n'est pas membre de la COMEDIMS en tant que tel.	
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La culture sécurité est peu connue des professionnels : le signalement des événements indésirables est peu fréquent. La plupart des professionnels rencontrés disent peu connaître les risques liés aux médicaments et avoir rarement recours à l'utilisation des fiches événements indésirables. En 2014, seuls 30 événements indésirables ont fait l'objet d'un signalement, sur un total de 255 fiches. La notion de iatrogénie médicamenteuse est peu connue, encore moins maîtrisée.	20a
	PS	Les cadres des unités sont peu impliqués dans la vérification des bonnes pratiques liées notamment à la préparation et l'administration médicamenteuse. Les cadres ne réalisent pas d'évaluation des bonnes pratiques.	20a
	PS	L'implication médicale dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est variable. La participation des médecins aux travaux de la COMEDIMS est de 58%.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La maîtrise des codes utilisés dans le logiciel informatique pour la prescription médicamenteuse n'est pas assurée dans toutes les unités. En médecine gériatrique, les professionnelles rencontrées ne connaissent pas le code permettant d'identifier un traitement hors du livret thérapeutique, et ne peuvent donc anticiper les conséquences de cette information (en particulier retard de délivrance).	20b
	NCM	Les pratiques professionnelles liées au rangement, à la préparation et à l'administration des traitements sont variables et pas toujours conformes, selon les effecteurs (préparatrices, IDE de nuit, de jour) et les unités. Dans deux unités différentes, il a été observés des modalités de rangement des traitement médicamenteux en contradiction avec les règles liées aux médicaments à risque (rangement d'autres médicaments dans le compartiment dédié aux médicaments à risque), ou aux règles prévues (rangement par forme ou par galénique). L'observation de la préparation des traitements a permis d'identifier une préparation, non sur la base de la prescription informatisée, mais à partir d'une édition de la prescription, non réactualisée et ne prenant donc pas en compte les modifications récentes de traitement (cas de l'USLD). D'autres préparations, notamment de traitements injectables sont réalisées à partir de fiche en T sur lesquelles sont recopiées les traitements. Ces préparations sont faites bien en amont de l'administration et sont stockées sur les paillasses en salle de soins, avec le numéro de chambre comme identifiant. L'écrasement des traitements n'est pas réalisé sur la base de prescription médicale, contrairement au protocole sur le sujet. En USLD, aucune organisation, aucun moyen ne permet, ni ne garantit l'identification du patient avant l'administration d'un traitement. Par ailleurs, l'identification du pilulier repose uniquement sur le nom et le prénom du patient manuscrits sur l'étiquette du pilulier. La traçabilité de l'administration est réalisée à distance de celle-ci, en fin de distribution dans tout le service de USLD. La non administration est souvent tracée, mais sa raison ne l'est que très rarement. Les notions de pharmacovigilance et de iatrogénie ne sont que rarement connues des professionnelles.	20a bis
	NC	L'analyse pharmaceutique n'est pas exhaustive dans le cas des traitements de chimiothérapie. Le médecin accueillant les patients en hospitalisation de jour pour une chimiothérapie prescrit les thérapeutiques prévues sur le protocole issue des RCP. Toutefois, il ne communique pas à la pharmacie le traitement habituel du patient, ce qui ne	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		permet une analyse exhaustive du pharmacien.	
	PS	La traçabilité de l'information donnée aux patients sur son traitement médicamenteux n'est que rarement retrouvée. Les dossiers consultés et les professionnels rencontrés témoignent de la non traçabilité des informations données aux patients.	20a bis
	NC	La prescription informatisée n'est pas toujours utilisée. En USLD, la prescription informatisée fait l'objet d'une édition papier sur laquelle il a été retrouvé une prescription manuscrite, non datée et non signée par un médecin.	20b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le CREX se réunit très peu souvent. Le CREX s'est réuni 2 fois en 2014 (30 EI) et une seule fois en 2015. C'est bien en deçà des objectifs fixés par l'établissement lui même et par ceux fixés par l'ARS Centre.	20a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	L'établissement se saisit peu des résultats de contrôle externe. L'établissement a fait l'objet d'un contrôle de l'ARS sur la mise en place en l'arrêté du 06 avril 2011. Les conclusions de ce contrôle n'ont que très partiellement été prises en compte par l'établissement.	20a

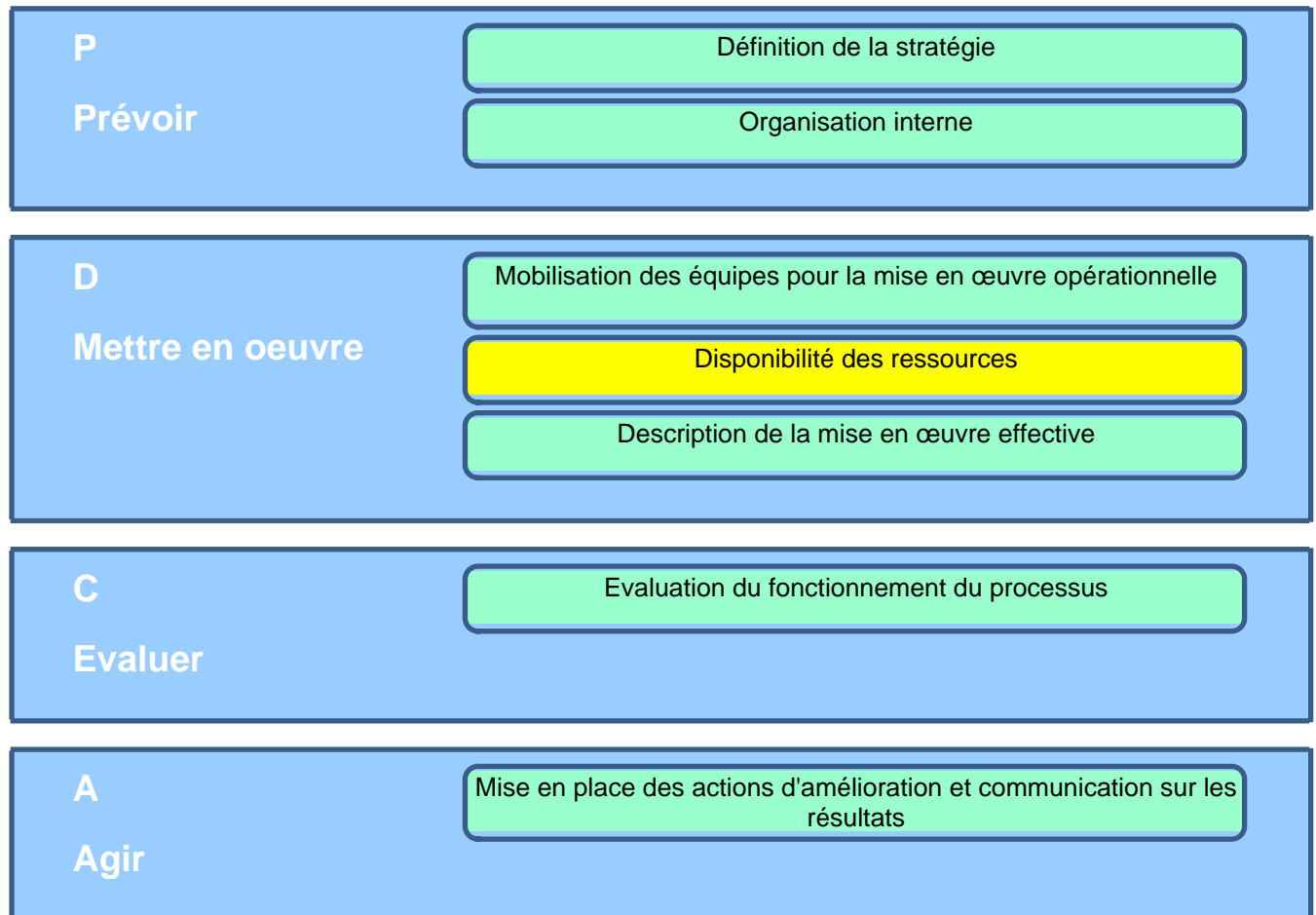
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences de l'établissement appartient à l'un des deux pôles, récemment redéfinis, et reconfigurés. Le chef de service recruté depuis septembre 2014 est naturellement le pilote de ce processus. Les axes du projet du service définis dans le précédent projet d'établissement (2010-2014) sont quasiment tous atteints, et le projet à inclure dans le projet d'établissement est en cours de rédaction. Cependant un "règlement interne" est rédigé, non encore validé, qui fixe avec précision l'organisation médicale, paramédicale, et en réseau du service. Par ailleurs, une antenne du SMUR de Chateauroux est prévue ouvrir début janvier 2016, pour laquelle des travaux ont été réalisés, et le circuit du patient admis aux urgences, selon son mode d'entrée a été totalement repensé. Au plan formel, le compte qualité recense 10 risques identifiés, cotés en fréquence et gravité, et affectés d'un niveau de maîtrise. Le plan d'actions prioritaires est en lien cohérent avec ces risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'organisation de la prise en charge des urgences est formalisée et connue des acteurs.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Ainsi le besoin en temps médical et l'organisation médicale sont définis. Elle comporte les principes de remplacement adéquats. L'organisation paramédicale est définie. L'installation d'une antenne diurne du SMUR fait l'objet d'une nouvelle organisation infirmière par renfort de personnel, en cours d'approbation par les instances, et a nécessité un renfort de compétences, par une action de formation, pour l'intervention de ces personnels en sortie SMUR. Les locaux sont sécurisés par digicode.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : ainsi le dispositif de transfert interne (hospitalisation, essentiellement dans l'un des deux services de médecine) ou en externe (transfert d'établissement) est organisé. Le cadre des urgences réalise quotidiennement le recueil interne de la disponibilité en lits.

Le recours aux avis des médecins spécialistes présents sur le site est organisé et connu.

Les circuits de prise en charge sont définis et organisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (patients couchés, circuit debout).

Le règlement interne formalise le fonctionnement du service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le chef de service et la cadre des urgences organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Ces responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus de prise en charge des patients aux urgences. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions sont identifiées en cas de besoin. La cadre du service organise la participation des professionnels pour la mise en œuvre du plan d'action d'amélioration qui est défini.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles : le personnel infirmier requis par la nouvelle organisation est recruté et formé. Le service a fait l'objet d'une restructuration architecturale ces deux dernières années, qui a repensé et redéfini le circuit des patients, dans le sens d'une meilleure cohérence. Les ressources en documentation sont disponibles dans la gestion documentaire.

La nuit et le week-end une autre organisation est en place, avec l'accueil d'emblée par un des soignants du SAU formé à l'accueil et l'orientation.

Cependant, il n'existe pas de poste d'infirmier d'orientation et d'accueil le jour aux urgences. L'accueil aux urgences en journée de semaine est organisé selon des modalités que l'établissement juge adapté à ses besoins : en l'absence de disponibilité du dispositif d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), un dispositif dégradé a été mis en place, permettant un accueil le plus sécurisé possible, avec un premier contact assuré par un agent administratif d'accueil. Celui-ci enregistre le patient dans le système d'information, et grâce à un guide d'orientation établi par l'équipe d'urgentistes, peut transmettre le contexte d'arrivée à l'équipe soignante du SAU. L'établissement a bien identifié ce risque, le processus de formation des IDE à l'accueil et l'orientation est en cours mais le projet d'IAO reste non opérationnel lors de la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service des urgences connaît et met en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement et le management internes, et portée par le binôme chef de service - cadre de santé. Les protocoles formalisés sont appliqués par les professionnels. La traçabilité des différentes informations et actions est assurée.
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles : les avis requis sont effectivement rendus et le circuit d'aval des urgences, en fonction des besoins des patients est mis en œuvre.
Le système de recueil de la disponibilité en lits est opérationnel : le cadre des urgences est en charge de cette fonction, et la taille de l'établissement permet une grande fiabilité des données recueillies.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration, de manière adaptée à ses besoins.
Les professionnels du service sont partie prenante de la démarche institutionnelle d'évaluation : audit interne, présence de référents spécialisés, suivi d'indicateurs.
Un questionnaire de satisfaction des patients spécifique est en place, distribué, recueilli et exploité par le service qualité. La fiche de signalement des événements indésirables est utilisée de manière effective par les professionnels du service.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La situation particulière du service, qui coïncide au moment de la visite avec la fin d'une période de travaux, a permis de constater sa réactivité, dans la mesure où des aménagements et réajustements architecturaux ont pu intervenir suite à une évolution de la réflexion interne sur le fonctionnement futur du service.
Des supports et modalités de diffusion sont établis, et la communication est réalisée en interne auprès des professionnels.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Il n'existe pas de poste d'infirmier d'orientation et d'accueil le jour aux urgences.</p> <p>L'accueil aux urgences en journée de semaine est organisé selon des modalités que l'établissement juge adapté à ses besoins : en l'absence de disponibilité du dispositif d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), un dispositif dégradé a été mis en place, permettant un accueil le plus sécurisé possible, avec un premier contact assuré par un agent administratif d'accueil. Celui-ci enregistre le patient dans le système d'information, et grâce à un guide d'orientation établi par l'équipe d'urgentistes, peut transmettre le contexte d'arrivée à l'équipe soignante du SAU. L'établissement a bien identifié ce risque, le processus de formation des IDE à l'accueil et l'orientation est en cours mais le projet d'IAO reste non opérationnel lors de la visite.</p>	25a

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	Le programme institutionnel d'actions qualité et gestion des risques ne répond pas totalement aux attendus. C'est un listing d'actions de différentes natures, périodicités, niveaux de difficulté, sans autre indication de hiérarchisation ou calendrier réactualisé de réalisation.	8a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les documents qualité ne sont pas connus, facilement retrouvés et actualisés. Les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique (ex : pour la gestion des risques). Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisé et les documents papier. En effet, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des réactualisations prévues.	5c
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le dispositif de signalement des EI ne donne pas toujours lieu à une optimisation du recueil, ni à une rationalisation de l'exploitation des données recueillies. Le bilan des événements indésirables 2013 et 2014 montre une sous déclaration des EI graves liés aux soins au regard des statistiques nationales (enquête ENEIS). A ce jour aucune déclaration d'EI graves liés aux soins n'est remontée à la direction qualité, en dehors des EI médicamenteux et de quelques EI liés au risque infectieux. De même, le nombre de cas analysés en RMM est très faible compte-tenu de la taille de l'établissement (2 cas à ce jour). Par ailleurs, le signalement d'événements indésirables graves ne donne lieu qu'un nombre très restreint de réunions du Crex, soit une fréquence inférieure à celle que l'établissement s'était lui même fixée.	8f
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	La pratique du maniement des indicateurs est peu développé. Le suivi est réalisé de manière informelle.	1e
Gestion du risque infectieux	P / Définition de la stratégie	NC	L'établissement n'a pas formalisé de politique de gestion du risque infectieux, ni défini d'objectif d'amélioration du processus de gestion du risque infectieux. Seul un programme d'actions est formalisé dans le rapport annuel du CLIN 2015. Le programme 2015 a été présenté et validé en CME et à la CRUQPC. Ce programme 2015 du CLIN liste des actions programmées sous forme d'audits à réaliser ou faisant suite à un audit du circuit du linge, d'actions de	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			formations internes et externes. Toutefois, aucun objectif à atteindre n'explique l'objet des actions programmées. En l'absence d'une politique, aucun document (projet d'établissement 2010-2014, projet qualité et prévention des risques 2015-2019) ne fait état d'objectif d'amélioration de la gestion du risque infectieux. Le plan d'actions global du processus formalisé par l'établissement ne présente aucun lien avec le programme d'actions 2015 du CLIN. Il intègre 3 actions issues de la cartographie du processus ainsi que des actions issues des résultats du score agrégé du dernier bilan LIN. Ce plan d'action est non daté, aucune modalité de suivi n'est définie, les actions n'y sont pas priorisées. De plus, il ne prévoit pas d'indicateur.	
	P / Organisation interne	PS	Le plan de formation continue des professionnels de santé ne prévoit pas de formation sur l'antibiothérapie. Il n'apparaît pas d'action de formation dans les plans de formation 2014 et 2015.	8h
		PS	Les documents définissant les modalités d'entretien du matériel du plateau technique ne sont pas formalisés. Les thérapeutes ne disposent pas de documents qualité sur le nettoyage et la désinfection des dispositifs de rééducation ou d'ergothérapie.	8g
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Au sein des secteurs d'activité, l'évaluation et l'amélioration ne sont pas systématiques pour le risque infectieux. La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues n'est pas systématiquement réalisée et des actions correctives retrouvées.	8g
		NC	La culture du signalement du risque infectieux n'est pas acquise. De nombreux professionnels rencontrés n'identifient pas l'IDE hygiéniste comme la référence en compétence sur la gestion du risque infectieux et ne la sollicitent donc pas en cas de souci infectieux.	8g
		PS	La communication sur les actions de maîtrise des risques infectieux est partielle et aléatoire. La communication sur le processus de gestion du risque infectieux est assurée auprès des professionnels des différentes unités, soit par l'infirmière hygiéniste, soit par les référents en hygiène mais sans traçabilité. Il n'est pas retrouvé de plan de communication ou de tableau de bord de suivi de la communication sur la gestion du risque infectieux.	8g
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les documents qualité ne sont pas connus, facilement retrouvés et actualisés. Les professionnels n'ont pu retrouver les documents qualité gestion des risques demandés par les experts-visiteurs lors des rencontres, tant dans leur version papier que par accès informatique. Pour exemple, la conduite à tenir en cas d'AES n'est pas connue ni retrouvée : les professionnels rencontrés dans 3 unités différentes (plateau technique de rééducation, urgence, et soins de longue durée) n'ont pu expliciter la conduite à tenir en cas d'AES ni retrouver le document qualité de référence sur le sujet. Ce double accès complexifie l'utilisation des documents, en particulier par les différences de version entre les documents informatisés et les documents papier. En effet, un certain nombre de procédures n'a pas fait l'objet des	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			réactualisations prévues.	
		NC	L'élimination du linge (draps utilisés pour chaque patient) ne prévoit pas le respect des règles en hygiène en cas de patient infecté. Le service de rééducation ne dispose ni de protocole sur l'élimination du linge, ni de sac hydrosoluble en cas de patient à statut infectieux positifs.	8g
		PS	Les unités de soins et de rééducation ne disposent pas de kit AES. Aux urgences, en rééducation, les professionnels rencontrés n'ont pu fournir le kit AES.	8g
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'alerte sur l'antibiothérapie ne génère pas systématiquement de réévaluation de cette thérapeutique médicamenteuse. Le suivi de cette réévaluation par la pharmacie le confirme. Les médecins de l'établissement se disent en attente de l'informatisation d'une prescription dédiée aux antibiotiques majeurs avant de mettre en œuvre la systématisation de la réévaluation de l'antibiothérapie.	8h
		PS	La balnéothérapie dispose d'une baignoire et d'une douche inutilisée et ne faisant pas l'objet de mesures préventives au risque de légionellose. L'identification des deux dispositifs non utilisés a été réalisée par l'expert visiteur lors de la visite de la balnéothérapie, l'IDE hygiéniste et le responsable de l'entretien n'en étant pas informés et donc aucune mesure préventive au risque de légionellose n'avait été prise.	8g
		PS	La traçabilité du nettoyage des locaux n'est pas exhaustive. N'étant que peu connus par les professionnels, les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours utilisés. De ce fait, le nettoyage des locaux ne fait pas l'objet d'une traçabilité exhaustive (ex : en balnéothérapie).	8g
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les actions d'évaluations conduites ou programmées ne sont pas en lien avec des objectifs poursuivis, ni priorisés au regard de la criticité des résultats. Les résultats du bilan LIN en E (ICATB) ou C (ICA BMR) ne sont pas suivis de nouvelles évaluations entre les campagnes nationales.	8g
		PS	Les audits conduits ne sont pas identifiés comme des indicateurs du plan d'action global du processus. Le plan d'action ne présente aucun indicateur de suivi ou tableau de bord.	1e
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les pilotes ne disposent pas d'un programme globalisé d'actions d'amélioration du processus. Il n'est pas retrouvé de cohérence entre les actions d'amélioration conduites par le CLIN et celles du plan d'actions global du processus. Le plan d'actions global fait état d'actions consécutives à l'identification des risques dans la cartographie des risques, à l'audit du processus et au score agrégé du bilan LIN. A contrario, il n'est pas précisé dans les projets annuels du CLIN, l'origine des actions proposées, ni leurs objectifs. Les différents supports d'actions ont été présentés aux experts, sans qu'il puisse leur être expliqué la cohérence entre tous les supports.	8g
		PS	Le bon usage des antibiotiques ne fait pas l'objet d'actions priorisées dans le plan global d'action d'amélioration du processus. Alors que le score ICATB de l'établissement est en E, il n'est pas retrouvé	8h

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			d'action en 2015 portant sur le bon usage des antibiotiques ; seules 3 actions sont formalisées en fin de plan global et sont positionnées pour 2016.	
		PS	La communication des résultats et actions d'amélioration qui en découlent n'est pas structurée ni organisée ni actualisée. Il n'a pas été présenté de plan de communication des résultats, le document récapitulatif des résultats des indicateurs nationaux et de leur évolution présenté aux experts-visiteurs témoigne de la confusion entre la valeur de l'indicateur et son évolution. Les indicateurs sur la prévention des infections nosocomiales présentés dans le livret d'accueil des usagers n'ont pas été réajustés suite aux résultats de la dernière campagne.	8g
Droits des patients	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'évalue pas les pratiques des professionnels en terme de prévention de la maltraitance, respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité des informations du patient. L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers par le biais d'un questionnaire de sortie, comportant des éléments variant selon les secteurs concernés (hospitalisation, urgences, consultations) En revanche, il n'évalue pas les pratiques des professionnels dans les domaines de la prévention de la maltraitance, du respect de la dignité, de l'intimité du patient. Un audit de pratiques sur le droit des patients est prévu pour 2016.	1d
	D / Disponibilité des ressources	NC	La sécurité des personnes et la prévention des fugues ne sont pas totalement effectifs. Lors de la visite terrain, il a été observé que les portes de secours ne sont pas sécurisées pour éviter des sorties involontaires ou accidentelles. D'ailleurs un patient désorientée a été trouvé errant dans l'escalier de secours. L'absence de dispositif adapté pour prévenir le personnel ou de tout autre système limitant l'usage de telle issue expose à une récurrence de ce type d'incident.	19a
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	A propos du projet vie individualisé en USLD (qui permet de construire le entre autre le projet de soins et thérapeutique) bien que réglementaire n'est pas systématiquement élaboré pendant le séjour. Lors de la visite terrain, il a été constaté que les projet de vie individualisé n'est pas formalisé pour un grand nombre de résident. Le patient traceur (USLD) constate l'absence de projet de vie individualisé (ni construit ni formalisé). Par ailleurs le dossier ne montre pas de traçabilité de la réflexion bénéfique risque du sevrage de la gastrotomie. De même le dossier ne montre pas la traçabilité des actions préventives des fausses routes mettant en exergue l'absence de formalisation de projet de soins personnalisé.	17a
		PS	L'articulation entre équipe de rééducation et l'équipe soignante n'est pas garantie. Il a été noté lors du patient traceur (USLD) que dans la synthèse de prise en charge l'absence des conclusion de certains des rééducateurs.	18a
		PS	La traçabilité de l'information sur les modalités de séjour n'est pas exhaustive à l'admission. Ainsi le patient traceur (USLD) montre un défaut de traçabilité de	11a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			l'information sur les modalités du séjour.	
		NC	Le renseignement des bons d'examen de laboratoire n'est pas conforme en médecine. Au travers du patient traceur (adulte médecine) lors de l'observation de la préparation des bons de laboratoire pour le patient traceur adulte médecine, il a été constaté que les bons sont recopiés par l'infirmière (coche sur formulaire papier la demande du médecin prescrite sur le Dossier patient informatisé du médecin). De même, la transmission d'élément clinique pour le laboratoire n'est pas effective.	21a
		NC	L'organisation de la sortie pour le patient en USLD n'est pas finalisée. Au travers du patient traceur (USLD) qu'une réorientation vers un autre lieu de vie adapté à son état devait être envisagée, cependant celle-ci n'avait pas encore été structurée ni formalisée et préparée.	24a
		NC	L'identification des résidents non ou peu communicants n'est pas garantie. Ainsi le patient traceur (USLD) montre un défaut de structuration des modalités de confirmation de l'identification du patient incapable de confirmer ou de donner son identification (Absence de bracelet d'identification, de photographie facilitant la reconnaissance faciale ou tout autre moyen d'identification).	15a
		PS	Les conclusions des RCP et RMM ne sont pas toujours retrouvées dans le dossier d'oncologie en HDJ. Pour les patients pris en charge en hôpital de jour lors des séances de chimiothérapie, un des praticiens participe au RCP (réunion de concertation Pluridisciplinaire), au Centre de Coordination en Cancérologie (3C) ainsi qu'aux Revues de Morbi Mortalité dans un des centres d'oncologie du territoire. Dans chaque dossier des patients la traçabilité de la réflexion et de l'avis de la RCP est recherché et accessible si elle est transmise. De plus, les conclusions ou retour de RMM ne sont pas accessibles dans l'établissement ni transmises aux différents acteurs qui peuvent être concernés par la situation abordée.	28a
		PS	L'évaluation de la douleur n'est pas toujours régulière en USLD. Le patient traceur (USLD) montre que l'évaluation de la douleur durant son séjour prolongé sur plusieurs années n'a pas été pas toujours adaptée à la situation clinique. On observe une évaluation insuffisamment fréquente lors de l'altération de sa capacité à communiqué ne permettant pas de s'assurer d'une antalgie efficace. A noter depuis sa reprise de la communication la traçabilité de l'évaluation de sa douleur avec l'illustration d'une antalgie efficace.	12a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	L'établissement n'a pas d'indicateur propre ni de tableau de bord lui permettant d'évaluer l'avancée de ses démarches ou les écarts par rapport à son plan d'action. Lors des entretiens avec les différents pilotes tant institutionnels qu'opérationnels il est apparu que l'axe de travail est centré sur la mise en place d'une structuration des fonctionnements existants et à venir et non pas sur la mise en place d'indicateurs adaptés aux actions ou aux objectifs	1a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			permettant d'évaluer les dispositifs en place.	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration concernant le parcours du patient ne sont pas précises et leur réalisation non communiquée. Des actions sont mises en œuvre mais elles sont peu précises et en partie articulées avec le programme institutionnel (listing d'actions). Une communication de la liste d'actions est transmise aux professionnels mais pas les résultats des actions menées.	1a
Dossier patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne sont pas totalement mobilisés concernant le dossier patient. La démarche institutionnelle n'est pas déclinée en plans d'action opérationnel dans tous les secteurs. Il n'y a pas d'évaluation des pratiques en routine par rapport aux dispositions prévues en dehors des IQSS tous les 2 ans en MCO et SSR. Des actions sont identifiées mais pas de manière structurée.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le plan de reprise d'activité n'est pas connu des acteurs de terrains qui ne se le sont pas approprié. Lors de la visite terrain ou des patients traceurs il a été objectivé que selon les acteurs chacun a construit des outils lui permettant de faire face en cas de défaillance du logiciel patient.	14a
		NC	La mise en œuvre du dossier patient informatisé reste dans certaines unités personnel- dépendant et non systématique. Lors de la visite terrain il est clairement apparu que les acteurs utilisent un double dossier, le dossier informatisé pour la traçabilité des gestes courants et le dossier papier pour les documents spécifiques ou annexes. Dans certaines unités (USLD par exemple) le dossier est d'abord traité sous forme papier avant d'être saisi sur le dossier informatique, source de recopiage et de risque d'erreur. Pour les urgences, il existe un dossier papier pour les patients non hospitalisés avec un risque de recopiage si une hospitalisation est secondairement envisagée. De plus, aux urgences la pratique de l'utilisation du dossier informatisé à ce jour reste praticien-dépendante.	14a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation de la gestion du dossier du patient n'est pas réalisée en routine, notamment sur la base d'indicateurs. Bien que disposant d'un dossier patient informatisé, l'établissement n'a pas mis en place de tableaux de bord présentant en routine les résultats de l'établissement en matière de délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation ou de tenue du dossier patient et permettant un suivi régulier de la progression des indicateurs pour mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Le bilan annuel de la mise en œuvre du programme n'est pas réalisé.	14a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Peu d'actions sont mises en œuvre et peu connues des professionnels. Les actions sont partiellement mises en œuvre et les résultats de ces actions peu ou mal connus des acteurs bien que chaque réunion du groupe dossier patient comporte un compte rendu inclus systématiquement dans la gestion documentaire.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La hiérarchisation des risques ne présente pas de cohérence entre le compte qualité et le plan d'actions global du processus, enrichi des différentes sources d'action d'amélioration. Le pilote du processus ne connaît pas les modalités de hiérarchisation des risques ni les codes couleur utilisés dans le plan d'action global du processus présenté à l'expert-visiteur.	20a
		PS	Le plan d'actions global ne peut être utilisé par le pilote comme une feuille de route. Le plan d'actions global du processus n'est pas daté, ne désigne pas de responsable précis de l'action, ne prévoit pas d'indicateur de suivi et ne fait pas apparaître le réajustement des échéances en cas de dépassement de celles-ci.	20a
		PS	La politique ne précise aucune disposition spécifique au sujet âgé. Les différentes parties du document portent sur la politique, le circuit de la prise en charge médicamenteuse, l'efficacité de la prise en charge du patient, et les <u>vigilances sanitaires</u> .	20b
		PS	La politique du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient n'a pas été réactualisée et n'est pas complète. La politique du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient fixe 4 objectifs, sans lien avec l'identification des risques actuels, mais prenant toutefois appui sur l'ancienne cartographie des risques, le contrat de bon usage du médicament, du CPOM et des fiches de signalements d'événement indésirables. La politique est en date de mars 2013, date antérieure à la cartographie actuelle des risques réalisée suite à l'audit de processus. Bien que l'établissement réalise de la chimiothérapie injectable en tant qu'établissement associé, aucune information sur le sujet n'apparaît dans la politique. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse décrit dans la politique ne fait pas état des particularités liées à l'administration de chimiothérapie.	20a
	P / Organisation interne	PS	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas accompagnée de formation permettant l'appropriation de l'outil par certains professionnels, en particulier les infirmières. Le SI ne fait pas apparaître de formation d'accompagnement de la mise à disposition des matériels informatiques.	20a
		NC	En dehors des horaires d'ouverture, des personnes non habilitées accèdent à la PUI. En l'absence d'astreinte pharmaceutique, le personnel administratif a accédé 18 fois à la PUI sur les 11 premiers mois de 2015, soit presque 2 fois par mois.	20a bis
		PS	L'implication du RSMQ dans la stratégie de l'établissement sur ce processus n'a pu être mesurée. Bien que nommé, il n'exerce pas pleinement sa fonction. Aucun document consulté par les experts-visiteurs (Compte rendu de CME, de COMEDIMS,	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			manuel qualité de la PUI, protocoles, compte rendu de CREX...) ne mentionne la présence ou la validation du praticien RSMQ, à ce titre. Le compte rendu de la CME de juin 2014 fait état de la présentation par le RSMQ du bilan des actions réalisées ou en cours, mais ce document annexe du compte rendu de la CME, n'a pu être communiqué aux experts-visiteurs par l'établissement. Le plan d'actions global du processus identifie le rapport annuel du RSMQ comme non réalisé. Malgré des sollicitations réitérées, les experts-visiteurs n'ont pu rencontrer le RSMQ de l'établissement, au titre de cette mission. Seul le pharmacien de l'établissement a été présent à la rencontre des pilotes. <u>Le RSMQ n'est pas membre de la COMEDIMS en tant que tel.</u>	
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La culture sécurité est peu connue des professionnels : le signalement des événements indésirables est peu fréquent. La plupart des professionnels rencontrés disent peu connaître les risques liés aux médicaments et avoir rarement recours à l'utilisation des fiches événements indésirables. En 2014, seuls 30 événements indésirables ont fait l'objet d'un signalement, sur un total de 255 fiches. La notion de iatrogénie médicamenteuse est peu connue, encore moins maîtrisée.	20a
PS		Les cadres des unités sont peu impliqués dans la vérification des bonnes pratiques liées notamment à la préparation et l'administration médicamenteuse. <u>Les cadres ne réalisent pas d'évaluation des bonnes pratiques.</u>	20a	
PS		L'implication médicale dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est variable. <u>La participation des médecins aux travaux de la COMEDIMS est de 58%.</u>	20a bis	
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La maîtrise des codes utilisés dans le logiciel informatique pour la prescription médicamenteuse n'est pas assurée dans toutes les unités. En médecine gériatrique, les professionnelles rencontrées ne connaissent pas le code permettant d'identifier un traitement hors du livret thérapeutique, et ne peuvent donc anticiper les conséquences de cette information (en particulier retard de délivrance).	20b
		NCM	Les pratiques professionnelles liées au rangement, à la préparation et à l'administration des traitements sont variables et pas toujours conformes, selon les effecteurs (préparatrices, IDE de nuit, de jour) et les unités. Dans deux unités différentes, il a été observés des modalités de rangement des traitement médicamenteux en contradiction avec les règles liées aux médicaments à risque (rangement d'autres médicaments dans le compartiment dédié aux médicaments à risque), ou aux règles prévues (rangement par forme ou par galénique). L'observation de la préparation des traitements a permis d'identifier une préparation, non sur la base de la prescription informatisée, mais à partir d'une édition de la prescription, non réactualisée et ne prenant donc pas en compte les modifications récentes de traitement (cas de l'USLD). D'autres préparations, notamment de traitements injectables sont réalisées à partir de fiche en T sur lesquelles sont recopiées les traitements. Ces	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>préparations sont faites bien en amont de l'administration et sont stockées sur les paillasses en salle de soins, avec le numéro de chambre comme identifiant.</p> <p>L'écrasement des traitements n'est pas réalisé sur la base de prescription médicale, contrairement au protocole sur le sujet.</p> <p>En USLD, aucune organisation, aucun moyen ne permet, ni ne garantit l'identification du patient avant l'administration d'un traitement. Par ailleurs, l'identification du pilulier repose uniquement sur le nom et le prénom du patient manuscrits sur l'étiquette du pilulier.</p> <p>La traçabilité de l'administration est réalisée à distance de celle-ci, en fin de distribution dans tout le service de USLD.</p> <p>La non administration est souvent tracée, mais sa raison ne l'est que très rarement.</p> <p>Les notions de pharmacovigilance et de iatrogénie ne sont que rarement connues des professionnelles.</p>	
		NC	<p>L'analyse pharmaceutique n'est pas exhaustive dans le cas des traitements de chimiothérapie.</p> <p>Le médecin accueillant les patients en hospitalisation de jour pour une chimiothérapie prescrit les thérapeutiques prévues sur le protocole issue des RCP. Toutefois, il ne communique pas à la pharmacie le traitement habituel du patient, ce qui ne permet une analyse exhaustive du pharmacien.</p>	20a bis
		PS	<p>La traçabilité de l'information donnée aux patients sur son traitement médicamenteux n'est que rarement retrouvée.</p> <p>Les dossiers consultés et les professionnels rencontrés témoignent de la non traçabilité des informations données aux patients.</p>	20a bis
		NC	<p>La prescription informatisée n'est pas toujours utilisée.</p> <p>En USLD, la prescription informatisée fait l'objet d'une édition papier sur laquelle il a été retrouvé une prescription manuscrite, non datée et non signée par un médecin.</p>	20b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Le CREX se réunit très peu souvent.</p> <p>Le CREX s'est réunit 2 fois en 2014 (30 EI) et une seule fois en 2015. C'est bien en deçà des objectifs fixés par l'établissement lui même et par ceux fixés par l'ARS Centre.</p>	20a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>L'établissement se saisit peu des résultats de contrôle externe.</p> <p>L'établissement a fait l'objet d'un contrôle de l'ARS sur la mise en place en l'arrêté du 06 avril 2011. Les conclusions de ce contrôle n'ont que très partiellement été prises en compte par l'établissement.</p>	20a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Il n'existe pas de poste d'infirmier d'orientation et d'accueil le jour aux urgences.</p> <p>L'accueil aux urgences en journée de semaine est organisé selon des modalités que l'établissement juge adapté à ses besoins : en l'absence de disponibilité du dispositif d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), un dispositif dégradé a été mis en place, permettant un accueil le plus sécurisé possible, avec un premier contact assuré par un agent administratif d'accueil. Celui-ci enregistre le patient dans le système d'information, et grâce à un</p>	25a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			guide d'orientation établi par l'équipe d'urgentistes, peut transmettre le contexte d'arrivée à l'équipe soignante du SAU. L'établissement a bien identifié ce risque, le processus de formation des IDE à l'accueil et l'orientation est en cours mais le projet d'IAO reste non opérationnel lors de la visite.	