



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL DES COLLINES**

**9 avenue du marechal leclerc  
85120 La Chataigneraie  
OCTOBRE 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
<b>ANNEXE</b>	46

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

HOPITAL DES COLLINES	
Adresse	9 avenue du marechal leclerc 85120 La Chataigneraie
Département / région	VENDEE / PAYS DE LA LOIRE
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Groupe hospitalier	GHT85925	GHT DE LA VENDEE	85925 LA ROCHE SUR YON
GCS de moyens	850000000	GCS RESEAU VENDEEN DE SANTE MENTALE	Ch george mazurelle Hopital sud 85026 LA ROCHE SUR YON
Entité juridique	850025867	GP PUB HOSP MEDSOC COLLINES VENDEENNES	9 avenue du marechal leclerc 85120 LA CHATAIGNERAIE
Etablissement de santé	850020579	USLD DES COLLINES	9 avenue du marechal leclerc 85120 La Chataigneraie
Etablissement de santé	850000647	HOPITAL DES COLLINES	9 avenue du marechal leclerc 85120 La Chataigneraie

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	18
SLD	SLD	42
SSR	SSR	43

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

/

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

\*GHT 85 : CHD La Roche/Yon, CH Fontenay-le-Comte, CH LVO Challans, CH Côte de Lumière Les Sables d'Olonne, EPSM Georges Mazurelle La Roche/Yon  
\*GIE Imagerie Médicale  
\*Convention Laboratoire Analyses Médicales MEDILAB  
\*GCS Santé Mentale  
\*Convention Consultations Avancées orthopédie  
\*Convention Consultations Avancées gynéco-obstétrique  
\*Convention Consultations Avancées chirurgie viscérale  
\*Convention Consultations Avancées urologie (fin de la convention juin 2018)  
\*Convention consultations avancées endocrinologie (fin de la convention en avril 2016)  
\*Convention Cadre Filière AVC  
\*Convention Consultations avancées Addictologie  
\*Convention Evaluation et Traitement de la Douleur  
\*Convention Neuro Psychologie  
\*Convention Consultation Avancée  
\*Convention 5 lits de médecine  
\*Convention Inter Hospitalière Hors Territoire de Recours  
\*Convention Réseau des Urgences Vendée  
**PRINCIPALES COOPÉRATIONS\***  
**(CONVENTIONS, PARTENARIATS, CHT, GHT, GCS DE MOYENS...)**  
\*Convention Hospitalisation à Domicile  
\*Convention Direction commune  
\*Convention DIM  
\*Convention Balnéothérapie  
\*Convention Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs  
\*Réseau Onco Pays de la Loire  
\*Réseau PASEO  
\*Réseau départemental Diabète 85  
\*Réseau RIS'ADD  
\*Réseau QualiRel  
\*Convention Ergothérapie  
\*Convention « Jusqu'à la mort, accompagner la vie »  
\*Association Inter Comité de Lutte contre la Douleur  
\*Association ALTHEA  
GCSMS des Collines Vendéennes (dissout le 29/08/2017)  
\*Convention Santé au Travail  
\*Comité Local Information et de Coordination gérontologique (dissout le 1/06/2018)  
\*Convention astreintes informatiques  
\*GCS e-santé Pays de la Loire  
\*Convention Equipe Opérationnelle d'Hygiène

Regroupement / Fusion

Fusion depuis 01/01/2015

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 :  
- la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligations d'amélioration

Droits des patients

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

## 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 transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

# 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
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine	infection respiratoire	Programmé	/urgences autre établissement	MCO
2	Adulte ou personne âgée	SSR polyvalent	ortho-traumatologie	Programmé	/service de chir autre établissement	SSR
3	Personne âgée	USLD	dépendance physique total	Programmé	HAD/USLD	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

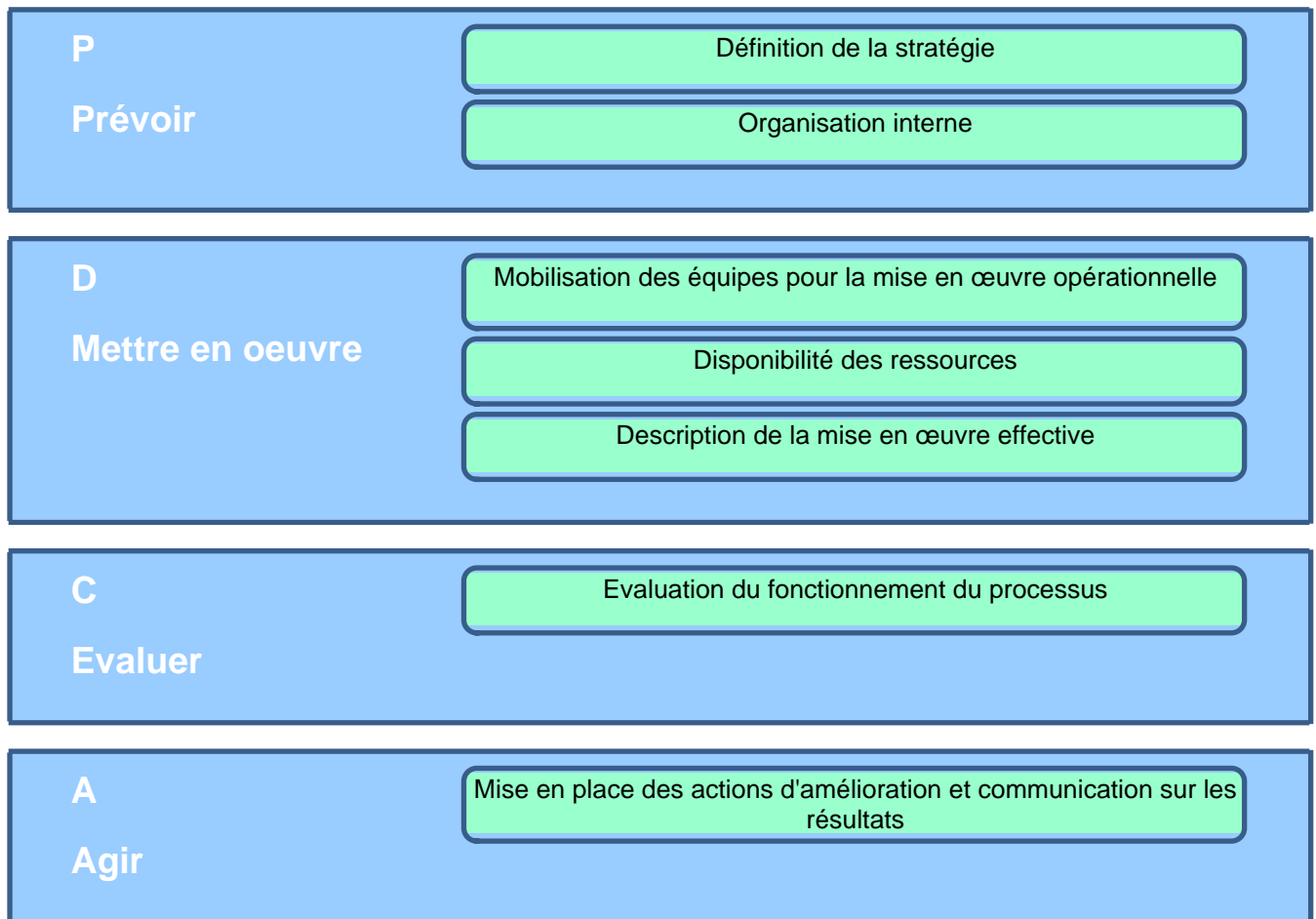
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Avec l'ancienne CHT Vendée (2013) devenue en 2016 le GHT Vendée, les établissements constitutifs dont l'Hôpital des collines (appartenant au groupe des collines vendéennes), ont affirmé leur ambition commune de garantir aux patients, des soins de même niveau de qualité et de sécurité. Une direction commune mise en place en décembre 2014 entre les différents établissements du territoire (Le groupe des collines vendéennes dont l'Hôpital des Collines, le centre hospitalier de Fontenay le Comte, le CHD Vendée et le centre hospitalier Côte de Lumière) vient créer les conditions nécessaires au développement des actions de coopérations entre les établissements.

Par arrêté du 23/06/2016, le groupe des collines vendéennes est inscrit sur la liste des hôpitaux de proximité. Dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020, un chapitre est consacré à « une politique continue d'évaluation et d'amélioration de la qualité ».

La politique qualité sécurité des soins repose sur les conclusions de la dernière certification, une analyse des risques de l'établissement pour l'ensemble des processus, le projet médical, ainsi que sur le recueil des besoins par le biais de l'exploitation de la gestion des risques et la satisfaction des usagers. Elle a pour objectifs de garantir et améliorer la sécurité des soins et de l'environnement, améliorer la qualité des soins et favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles, promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient, renforcer la culture qualité et la gestion des risques.

Elle repose également sur les valeurs partagées au sein de l'établissement : « écoute et analyse ; dialogue et ouverture ; engagement et responsabilité ; réactivité et efficacité » dans l'objectif commun de prise en charge et d'accompagnement des patients et résidents de qualité et adaptée à leurs besoins.

Les orientations stratégiques qui fondent la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sont arrêtées par le Directoire et le conseil de gestion du CGQR (Comité Gestion Qualité Risques). Le CGQR définit les objectifs en matière de gestion des risques, les plans d'actions associés et évalue leurs niveaux de maturité. Intégré à la politique qualité, l'établissement a défini des modalités d'organisation d'évaluation des pratiques professionnelles et a octroyé du temps supplémentaire au personnel médical pour se consacrer aux évaluations des pratiques professionnelles.

Le CGQR est subdivisé en 2 commissions : la cellule Qualité et le COVIRIS. La cellule Qualité travaille sur la prise en charge du patient avec la CSIRMT, la CME, le COMEDIMS, la CDU et la cellule douleur et sur les fonctions supports avec le CHSCT, le CLAN, l'EOH la COMEDIMS et la CME. Le COVIRIS pour la gestion des risques s'appuie sur le CGRAS (nommée par arrêté en 2011) pour la partie risques associés aux soins avec l'IDE hygiéniste, l'EOH, la CME, le pharmacien RSMPCM, la COMEDIMS et le responsable d'hémovigilance ainsi que sur tous les responsables des secteurs hôteliers et environnementaux, techniques et des systèmes d'information pour les risques liés aux fonctions supports.

La démarche qualité est déclinée dans un programme d'actions qualité gestion des risques (PAQGR) 2018-2022 comportant des objectifs identifiés, des priorisations et un calendrier de mise en œuvre. Les modalités de mise en œuvre du PAQGR sont précisées pour la plupart des actions : Objectif, thématique associée, intégration au compte qualité, moyens/ressources, pilote, mesure d'impact, faisabilité, niveau de priorité, date de début, échéance, modalités de suivi, état d'avancement, date de réalisation.

Les données relatives aux résultats des certifications précédentes, aux événements indésirables déclarés, aux indicateurs, aux visites de conformités, ainsi que les plaintes et réclamations et les cartographies des risques a priori ont été prises en compte pour cette évaluation.

Les pilotes des différentes thématiques, appuyés par la cellule qualité et les professionnels référents ont constitué des groupes pluridisciplinaires pour l'identification, la hiérarchisation des risques et les propositions d'actions de prévention ou d'atténuation. Bien que la gestion de crise ne soit pas mentionnée au sein de la politique qualité, ses modalités sont suivies et notamment au niveau GHT.

Les actions du compte qualité sont issues du PAQGR, 7 des 8 actions pour le management de la qualité gestion des risques sont reprises dans le compte qualité, elles concernent majoritairement l'organisation du management qualité gestion des risques au niveau du GHT 85.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par un Comité Gestion Qualité Risques (CGQR), pour la mise en œuvre opérationnelle, la priorisation des risques, le suivi, la validation du compte Qualité.

Le CGQR se réunit plusieurs fois dans l'année, il est composé du directeur général, du directeur de site, du président de la CME, du pharmacien, des responsables de pôle (sanitaire et médico-social), de l'équipe de direction, des représentants des usagers et de la responsable qualité.

La politique qualité est animée par les deux commissions CGQR et COVIRIS.

La cellule qualité (responsable qualité) est chargée de la mise en œuvre de la politique et d'élaborer et suivre le PAQGR en lien avec les pilotes des thématiques et les référents qualité (cadres des services) à partir des actions ciblées comme prioritaires et devant intégrer le compte qualité.

Les cadres des services sont le relais auprès des personnels de terrain de cette politique qualité gestion des risques.

Des patients traceurs sont organisés sur l'établissement avec pour objectif à court terme de réaliser des Patients Traceurs inter établissement.

La gestion des EPP est sous la responsabilité du président de la CME, elle est conduite conjointement avec la CGRAS et en collaboration avec l'EOH. Un Tableau de Bord des EPP est suivi, il ne comprenait pas toutes les EPP, il a été mis à jour durant la visite.

Le plan blanc est formalisé, l'établissement est positionné en tant qu'établissement d'aval du GHT.

La déclaration des événements indésirables est informatisée.

La coordination des dispositifs de vigilances est organisée. Une cellule opérationnelle des vigilances et des risques est effective. Des référents pour chaque vigilance sont nommés et organisent le suivi de leur activité. Les comités sont en place comme le CLIN, le CLAN, la CIV, la Cellule douleur.

La gestion documentaire est réalisée sur l'intranet, avec un logiciel dédié. Elle comporte des procédures, chartes, modes opératoires, le PAQGR, des formulaires types, fiches... référencés. Les documents présents ayant été actualisés en 2015, ils viennent soit d'être réactualisés, soit sont en cours de réactualisation.

L'établissement a organisé des actions de communication pour sensibiliser les professionnels à la démarche qualité sécurité des soins (ex : publication interne dans le journal « contact », lettres d'informations spécifiques, diffusion du PAQGR dans la Gestion électronique documentaire - GED, réunion plénière avec l'ensemble du personnel sur la certification V2014, semaine sécurité du patient). L'établissement participe au réseau départemental inter établissement, aux commissions qualité du GHT et aux sous-groupes GHT qualité. Il a organisé des formations sur les audits, les REX, les risques a priori, l'utilisation de la GED et la responsable qualité a formé les agents aux patients traceurs.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement étant une petite structure, les pilotes étant des personnes clés de la structure, il n'y a pas de temps particulier formalisé au-delà de l'organisation et du fonctionnement des principales commissions de la qualité gestion des risques. Les personnes ressources se rencontrent très régulièrement, voire quotidiennement. Il est fait un point régulier sur la qualité gestion des risques aux instances.

Dans les services, les cadres de santé et la responsable du pôle soins sont identifiés comme référents qualité. Ils ont pour missions de sensibiliser les professionnels à la démarche qualité, les informer des actions en cours sur leur secteur, des nouveaux documents (procédures, protocoles...), d'organiser et suivre les évaluations spécifiques au service. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) lors des audits de pratiques ou au quotidien. Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements constatés.

Les résultats des IQSS sont affichés, accessibles dans la GED.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels intervenant sur la qualité et la sécurité des soins sont formés à la méthodologie qualité gestion des risques nécessaire pour accompagner les professionnels des services.

La gestion documentaire est accessible sur l'intranet par les professionnels. La veille réglementaire ainsi que les éléments en cas de crise (fiches opérationnelles plan blanc), y sont disponibles. Une charte d'incitation au signalement d'évènement indésirable a été diffusée en janvier 2019 avec le bulletin de salaire et il est prévu une diffusion annuelle.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des professionnels et la maintenance est assurée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour les différentes composantes de la qualité et de la gestion des risques.

Le dispositif de déclaration des événements indésirables informatisé est opérationnel et connu de l'ensemble des professionnels, comme le confirme les patients traceurs. Le traitement des événements indésirables est effectif. Il y a eu un REX en 2018.

La gestion documentaire est opérationnelle et connue des professionnels.

Les cartographies de risque ont été réalisées pour tous les processus et sont régulièrement remises à jour.

Les démarches d'évaluation intègrent des démarches de pertinences et de suivi d'indicateurs, une EPP est en cours sur la « sécurité transfusionnelle suivi hémovigilance et tenue des dossiers ».

La veille réglementaire ainsi que les éléments en cas de crise (fiches opérationnelles plan blanc) sont opérationnels.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un retour aux services de soins ainsi que les questionnaires de sortie. Ils sont exploités en lien avec la cellule qualité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un grand nombre d'indicateurs est suivi par la cellule qualité. En plus de l'ensemble des évaluations en lien avec les indicateurs nationaux (IQSS, TBIN, e satis, Hôpital Numérique), le suivi est réalisé par la cellule qualité avec les pilotes processus, le bilan des démarches EPP et patients traceurs, les plaintes et réclamations, la satisfaction des patients et le suivi du taux de retour, les événements indésirables graves (EIG).

Un bilan trimestriel des signalements événements indésirables est réalisé par domaine et est présenté aux instances et aux différents secteurs d'activité par l'intermédiaire des cadres.

Cependant, l'évaluation du processus MQGR n'est pas totalement structurée. Bien que l'établissement dispose d'un tableau de bord des indicateurs depuis 2011 et que les actions en découlant sont intégrées au PAQGR, la politique qualité n'explique pas concrètement l'organisation mise en place, l'articulation entre les différents comités, les liens qui permettraient une coordination des différents acteurs entre eux.

## A / AGIR

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

Le PAQGR est suivi et réajusté régulièrement par la cellule qualité. La communication est réalisée auprès des cadres et des usagers (CDU) et via des outils de communication tels que la GED, le journal interne, des affiches, la diffusion des résultats des indicateurs via un écran dans l'entrée de l'hôpital. Le bilan annuel des événements indésirables fait l'objet d'une diffusion notamment au travers de la GED.

Toutefois, la communication interne nécessaire au partage de l'information ascendante et descendante n'est pas structurée et organisée. Une démarche d'amélioration continue de la qualité existe, des suivis d'indicateurs sont mis en place, différents tableaux de bord sont construits, mais les professionnels rencontrés dans les services n'ont pas tous une vision d'ensemble de la démarche. La communication morcelée, parcellaire, pléthorique existante ne permet pas aux professionnels de s'approprier les principes de la démarche.

L'acculturation des professionnels n'est pas totalement acquise. Cela engendre un risque intrinsèque de ne pas déployer les actions d'amélioration de la qualité validées par le CGQR.

### 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'évaluation du processus MQGR n'est pas totalement structurée.</p> <p>Bien que l'établissement dispose d'un tableau de bord des indicateurs depuis 2011 et que les actions en découlant sont intégrées au PAQGR, la politique qualité n'explique pas concrètement l'organisation mise en place, l'articulation entre les différents comités, les liens qui permettraient une coordination des différents acteurs entre eux.</p>	1e
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>La communication interne nécessaire au partage de l'information ascendante et descendante n'est pas structurée et organisée.</p> <p>Une démarche d'amélioration continue de la qualité existe, des suivis d'indicateurs sont mis en place, différents tableaux de bord sont construits et ont été présentés aux experts visiteurs, mais les professionnels rencontrés dans les services n'ont pas tous une vision d'ensemble de la démarche. La communication morcelée, parcellaire, pléthorique existante ne permet pas aux professionnels de s'approprier les principes de la démarche.</p> <p>L'acculturation des professionnels n'est pas totalement acquise. Cela engendre un risque intrinsèque de ne pas déployer les actions d'amélioration de la qualité validées par le CGQR.</p>	1g



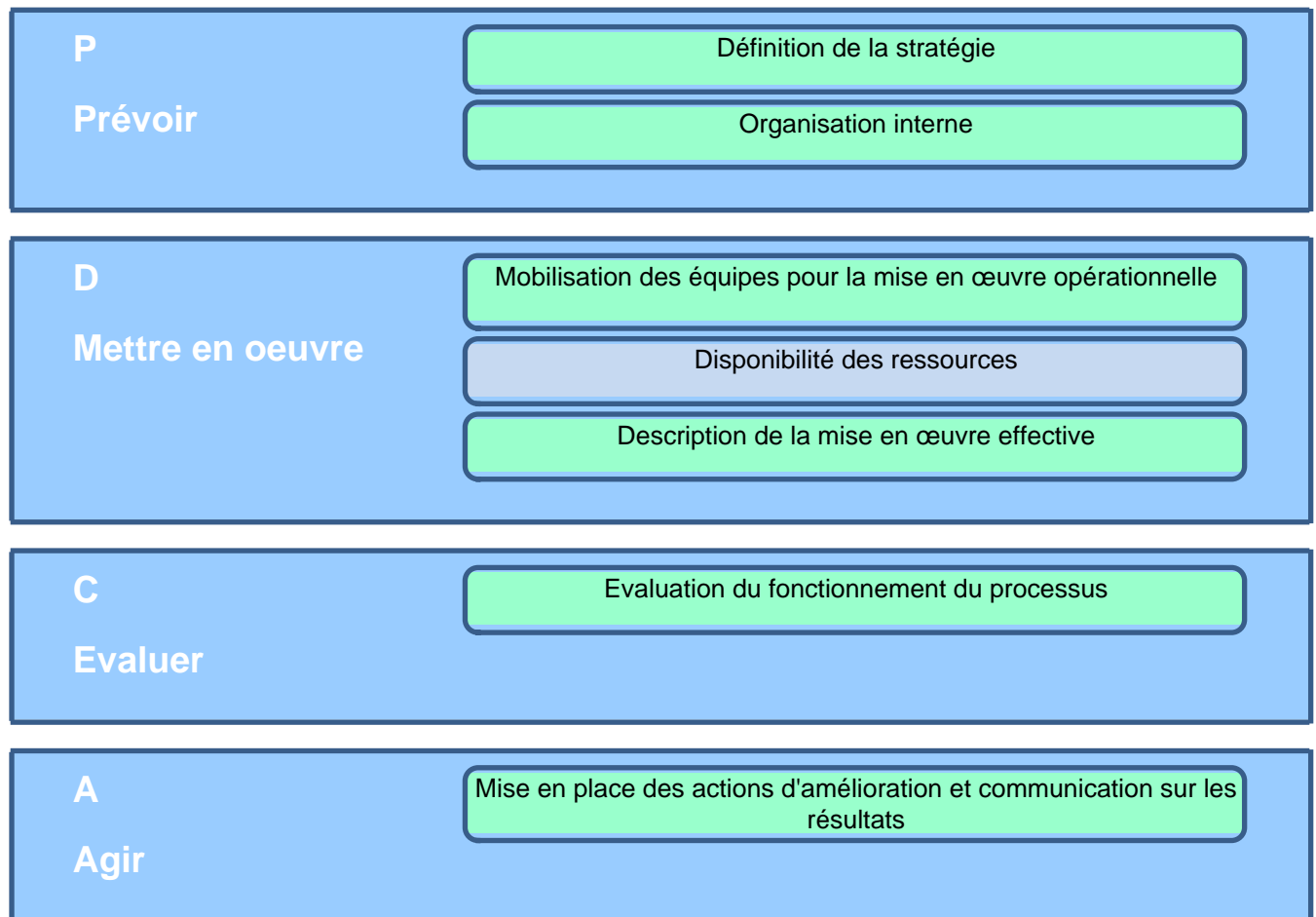
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux de l'hôpital des collines est en lien avec le projet d'établissement. Elle est définie en concertation avec la Commission Médicale d'Établissement (CME) et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Elle est déclinée dans son programme et établit une relation étroite avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) du Groupement hospitalier de territoire (GHT 85). Elle s'appuie sur une gestion des risques a priori (cartographie des risques) et a posteriori (analyse des événements indésirables) et mise en place de retours d'expérience (REX). Ses objectifs concrets sont déclinés en plans d'action de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins. Les actions sont identifiées dans le programme d'amélioration qualité gestion risques (PAQGR). Trois axes globaux sont prioritaires : le développement de la prévention des infections associées aux soins ; la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance ; la réduction des risques infectieux liés aux soins invasifs. La cartographie des risques est le fruit d'une collaboration entre l'EOH, le CLIN GHT et les professionnels de terrain. Les risques sont hiérarchisés et intégrés au compte qualité. Un programme d'amélioration est élaboré et vient alimenter le programme d'amélioration global de l'établissement (PAQGR). Les actions sont formalisées et priorisées. Les responsables des actions sont clairement identifiés ainsi que leur délai et leur suivi. Toutes ces informations sont disponibles en ligne sur le logiciel interne à l'établissement.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus, concernant la gestion de l'hygiène, les conditions optimales de bionettoyage des locaux, la promotion du bon usage des antibiotiques. Le pilotage du processus est assuré par une infirmière hygiéniste de l'établissement, un médecin référent, un médecin hygiéniste du GHT. Un travail en collaboration s'établit avec des référents IDE en hygiène identifiés dans chaque secteur de soins. L'EOH se réunit au minimum six fois par an. Elle propose le programme d'actions, élabore le rapport annuel et met en œuvre et évalue les actions de lutte contre les infections associées aux soins. L'équipe élargie se réunit trois fois par an au minimum, coordonne l'action des professionnels de santé dans les domaines de la prévention, la surveillance, la formation et l'évaluation, formalise le réseau des correspondants en hygiène hospitalière, et valide le bilan annuel en présence des représentants des usagers. Un médecin infectiologue du GHT est disponible 24 heures /24 pour donner un avis, ainsi qu'un médecin référent en antibiothérapie. Les avis des spécialistes sont tracés dans le dossier patient informatisé (DPI). Le signalement des infections associées aux soins en internes et en externe est défini. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires : toutes les procédures de maîtrise du risque infectieux y compris d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie de première intention sont intégrées dans la gestion documentaire. Il existe une procédure de gestion des crises et des alertes au sein de l'établissement. Le plan de formation intègre y compris les nouveaux personnels et la prévention du risque infectieux. Les médecins disposent d'une formation en e-learning relative à l'antibiothérapie. L'infectiovigilance dont la surveillance de l'écologie bactérienne loco régionale est intégrée dans le réseau du GHT.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action opérationnel résulte de la cartographie des risques. Les orientations définies sont portées à la connaissance de l'encadrement lors de réunions institutionnelles. Les référents, lors de rencontres programmées, assurent la continuité de l'information, à cela s'ajoute la présence sur le terrain de l'infirmière hygiéniste et du médecin référent. L'ensemble des professionnels connaît et utilise le logiciel de signalement des événements indésirables. Les professionnels sont destinataires des résultats des indicateurs au cours des réunions de service, via l'intranet de l'établissement. Dans le système d'information sont également déposés les présentations et les comptes rendus des réunions concernant la maîtrise du risque infectieux, le tableau de suivi des indicateurs et des actions d'amélioration. Les EPP traitant de problématiques opérationnelles (Infection urinaires, gestion des excréta, hygiène des mains, antibioprophylaxie...) contribuent à mobiliser les professionnels autour de leurs pratiques.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations) sont disponibles dans tous les secteurs de l'établissement. L'EOH se compose d'une infirmière hygiéniste, d'un médecin référent, d'un médecin hygiéniste de territoire, sous convention, de médecins infectiologues de l'établissement de référence du GHT, une pharmacienne, de professionnels paramédicaux et techniques (personnel d'encadrement et

réseau de correspondants en hygiène...) issus de tous les secteurs de l'établissement. Le coordonnateur de la gestion des risques complète ces moyens humains. Cette équipe assure une permanence dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins, avec l'appui spécialisé des structures régionales notamment le laboratoire du GHT. Elle facilite les actions concernant la gestion des risques infectieux dans l'établissement comme les actions concertées de maintenance de la structure, réseau d'eau par exemple.

Le maintien des compétences est assuré. Les actions de formation en interne sont déployées dans l'ensemble des secteurs de l'établissement et réalisées par l'EOH et les médecins, référents et spécialisés. Les professionnels connaissent les procédures institutionnelles de l'établissement concernant la maîtrise du risque infectieux. Les nouveaux arrivants reçoivent une formation et une aide à l'utilisation des outils de formation et d'information est mise à disposition.

Les conditions d'hygiène des locaux en lien avec l'EOH, la CME et la direction des soins sont mises en œuvre tant au niveau des protocoles que des suivis. Il existe un dispositif global de prévention du risque infectieux lié à la gestion des excréta. Les locaux de stockage des déchets à risque dans les services sont sécurisés. L'organisation générale de l'entretien de locaux est formalisée, mise en œuvre par une équipe interne à l'établissement et supervisée par un cadre, qui s'assure du plan de suivi et de maintenance.

Les ressources en documentation, actualisées, sont accessibles à partir de postes informatiques sur la gestion informatisée des documents (GED) de l'établissement. Elles sont riches en quantité, en qualité, et s'intègrent au système global de gestion des risques.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les professionnels des services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans chacune des spécialités. Les visites terrain et les patients traceurs ont confirmé cette pratique. Les précautions standards et complémentaires sont respectées, comme le confirme les indicateurs IQSS. Les contrôles environnementaux sont assurés, la surveillance des points d'eau et des surfaces est effectuée selon un calendrier formel, y compris dans le secteur de balnéothérapie. Le bionettoyage est réalisé selon les bonnes pratiques définies dans les procédures et la traçabilité est assurée. Les patients porteurs de BMR sont signalés sur le dossier patient informatisé par une icône. Les procédures élaborées concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans l'établissement sont mises en application par les médecins. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, y compris pour la réévaluation de l'antibiothérapie probabiliste à 72h et à 7 jours dans le DPI dans un onglet conçu à cet effet. La pharmacienne tient également compte dans son analyse pharmaceutique de cet aspect là. La prescription des antibiotiques majeurs est surveillée.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement procède à des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise des risques infectieux à l'aide d'audits, d'EPP et de suivis d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres à l'établissement qui permettent d'améliorer la qualité du processus. Un « scorage » intégrant la maîtrise du risque infectieux est affiché dans chaque service et fait l'objet d'une communication à l'ensemble de l'équipe. Toutes ces données sont recueillies et visibles sur le site Scope santé. Une démarche de Management a donné lieu à des exercices en lien avec le risque infectieux. Des actions ciblées, réalisées en collaboration avec le service de santé au travail ont été réalisées, elles portent notamment sur la couverture vaccinale des personnels.

### **A / AGIR**

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

L'hôpital des collines a mis en place des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (PAQGR). Ces actions correctives sont suivies et communiquées aux professionnels de l'établissement via les tableaux de bord disponibles en ligne. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels, des représentants des usagers et les patients ayant recours à l'établissement, par affichage à l'accueil et dans les unités de soins. Des supports comme le journal interne avec modalités de contenu et de diffusion sont établis. La dynamique de communication s'exprime également par la participation de l'établissement, notamment pour ce processus, à la semaine de sécurité patients.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

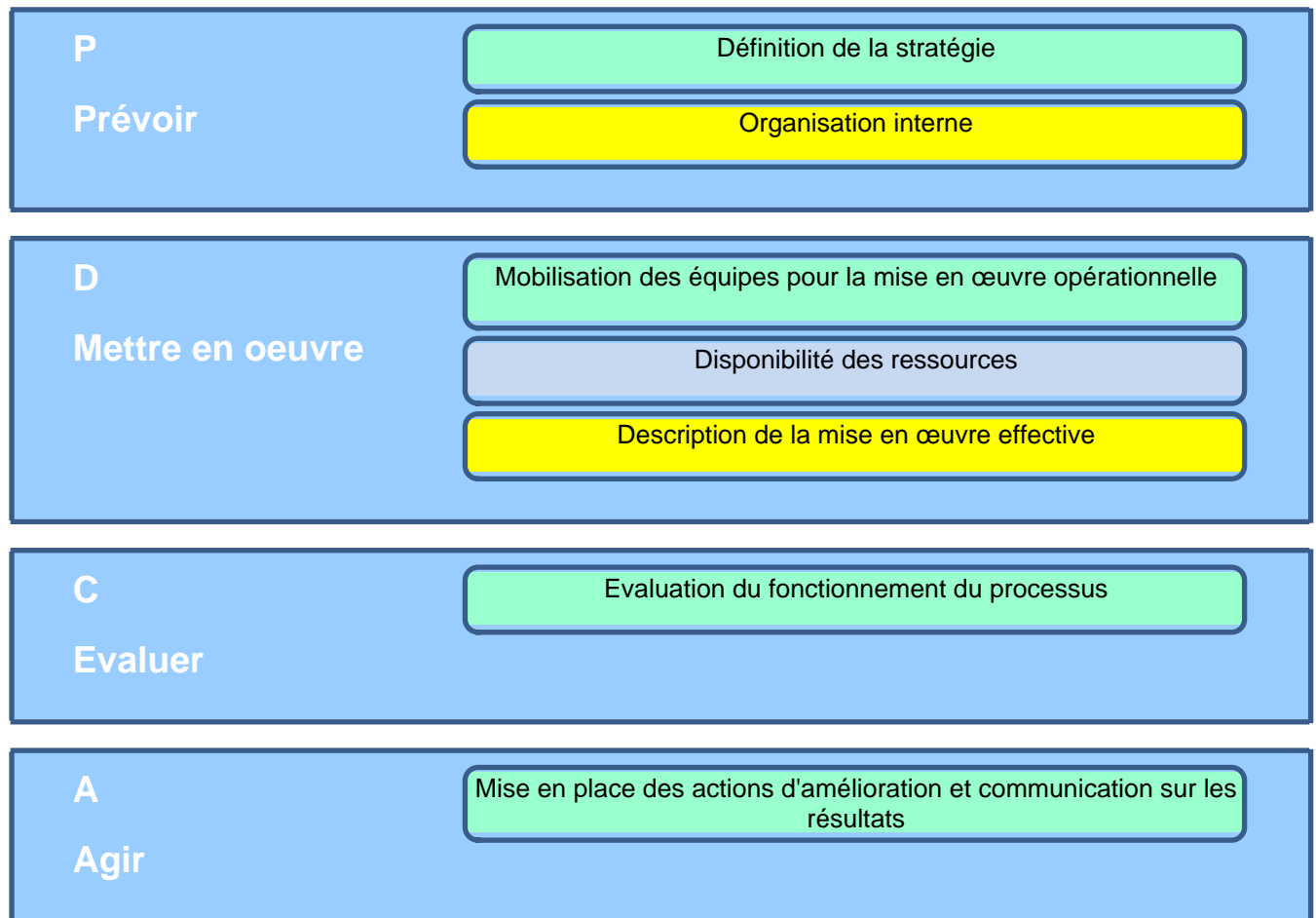
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Des axes stratégiques en matière de droits des patients sont inscrits dans le projet d'établissement 2016-2020, où le respect des droits des patients est affirmé notamment dans le chapitre VII « Une politique continue d'évaluation et d'amélioration de la qualité » et le paragraphe 3 « Promouvoir la connaissance et le respect des droits des patients ». Les objectifs sont de développer l'écoute des patients/résidents et le respect de leurs droits. De même, dans le projet de soins, parmi les objectifs, ceux en rapport avec les droits des patients sont d'optimiser le parcours de soins et la prise en charge des patients et résidents en garantissant les droits et la dignité et en promouvant la bientraitance, ainsi qu'en intégrant la réflexion éthique dans le projet de soins du patient.

Les représentants des usagers sont associés à cette réflexion.

Une analyse des risques a été réalisée par un groupe de travail animé par le pilote et le copilote de la thématique en mobilisant diverses données tant quantitatives que qualitatives : IQSS, indicateurs, audits, enquêtes de satisfaction (e-SATIS, questionnaires de sortie), nombre de réclamations et d'événements indésirables et diverses EPP. Cette analyse de risque a permis d'identifier 23 risques dont 3 de criticité 3 à 8 intégrés dans le compte qualité et 15 actions du Programme d'Actions Qualité Gestion des Risques (PAQGR) dont 4 reprises dans le compte qualité. Le travail a été mené avec les membres de la Commission des Usagers (CDU).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « droits des patients ». Les pilotes de processus identifiés sont la responsable du pôle soins et la responsable des affaires générales et des relations usagers.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans le PAQGR à la disposition du personnel soit en version papier, soit dans la Gestion Électronique Documentaire (GED) institutionnelle.

La commission des usagers est en place et fonctionne.

Pour l'entourage des patients, et dans les cas qui le nécessitent, l'hébergement, la restauration ou les possibilités d'accès à un soutien psychologique, est possible.

L'information du patient sur son état de santé et sur les soins prodigués, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est organisée. Une formation pour les médecins en 2019 sur l'information en cas de dommage lié aux soins est programmée (action du compte qualité) afin de poursuivre la sensibilisation des médecins et cadres. Une organisation permettant le consentement éclairé du patient et éventuellement son refus de soin est en place (pour exemple, en UHR, il est fréquemment fait des « reports de soins »).

La démarche de projet de vie en SLD et UHR est définie.

L'hôpital des collines compte 4 représentants des usagers, des associations d'usagers et de bénévoles s'impliquent dans son activité.

Des ministres de différentes confessions ou cultes sont accessibles à la demande pour les patients.

Les usagers sont informés sur leurs droits par le livret d'accueil de l'établissement (charte des droits et libertés de la personne accueillie, charte de la personne hospitalisée, la personne de confiance, les directives anticipées, les valeurs de l'établissement, la commission des usagers) et par divers affichages. Un système de vidéosurveillance est en place à l'entrée de l'hôpital, l'information sur cette vidéosurveillance ainsi que les références de la déclaration à la CNIL sont dans le livret d'accueil. Le Délégué à la Protection des Données (DPO) a été déclaré à la CNIL par mail en date du 15/05/2019.

Un comité de pilotage « droits des patients » est en place au sein de l'établissement et trois sous commissions spécifiques ont été créées pour traiter plus spécifiquement des différents aspects des droits, il s'agit des sous commissions « Humanité », « Bientraitance » et « Droits des Patients » auxquelles participent les Représentants des Usagers.

Les services UHR et SLD sont composés de chambres à un lit, pour les autres services (Médecine et SSR), les chambres à deux lits sont équipées d' « écran d'intimité » permettant de respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité des patients.

Tous les services disposent d'espace ou salons des familles et le service où se situent les lits de soins palliatifs dispose en plus, d'un espace spécifiquement aménagé pour les enfants avec des jeux et jouets.

Une procédure de mise en œuvre de la contention physique existe comprenant des paragraphes sur la définition de la contention, le protocole de prescription de la contention (les causes, la prescription médicale, l'évaluation bénéfique/risque, la réévaluation de la pertinence), les contentions en urgence, les évaluations régulières pour la levée ou la poursuite de la restriction, le protocole de mise sous contention, le protocole de surveillance de la contention.

Cependant, la procédure de contention ne précise pas les modalités de mise en œuvre en terme de durée et de délais de la restriction d'aller et venir/contention physique. Il n'est pas précisé dans quel délai la réévaluation doit être réalisée ni que s'il y a maintient, une prescription doit être à nouveau faite. En cas d'urgence, la procédure précise que le "médecin doit valider et prescrire secondairement" la contention

d'urgence, sans autre précision. Il n'y a pas de mode opératoire de la contention ou restriction de liberté en urgence. Dans la pratique, les professionnels rencontrés en SLD et UHR informent par mail ou appel téléphonique (suivant le degré d'urgence) le médecin de la mise en place de la contention d'urgence, mais aucun mode opératoire n'existe. Le personnel rencontré est très vigilant à limiter la restriction de la liberté d'aller et venir et lorsqu'elle est mise en place, ils ont le souci de la réévaluer très régulièrement sans pour autant que quelque document que ce soit le formalise plus précisément.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur d'activité a en charge, les actions qui découlent de la politique « droits des patients ». Le programme d'action qualité institutionnel est décliné en plan d'actions « droits des patients ». La mise en œuvre est suivie par l'encadrement de chaque secteur de soins. Des groupes de travail mobilisant les équipes soignantes sont mis en œuvre sur des actions en lien avec les droits des patients. Les professionnels sont tenus informés des résultats des différents audits et du suivi des indicateurs par leur encadrement et par affichage des résultats des indicateurs et des audits dans les services. Les représentants des usagers ont participé à la semaine sécurité patient, au sous-groupe « bientraitance » et « droits des patients ». Tous les ans, ils réalisent une enquête/évaluation, cette année elle sera sur la confidentialité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre la politique de promotion des droits des patients, l'hôpital des collines dispose de diverses compétences en plus du personnel soignant et médical (ergothérapeutes, assistante sociale, psychologues, EMS). Le maintien des compétences est assuré. Pour la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, une équipe mobile soins palliatifs est en place. Toutes les équipes bénéficient de la supervision d'une psychologue extérieure à l'établissement, 2 fois par mois pour l'équipe d'UHR, tous les 2 mois pour les autres équipes des autres services. Pour aider les services dans la prise en charge des patients, particulièrement en situation de précarité, il existe un service social. L'hôpital des collines garantit à ses usagers la libre pratique de leur culte dans le respect du bon fonctionnement des services et de la laïcité. Ces derniers peuvent faire appel au représentant des cultes de leur choix. Les locaux sont adaptés à la prise en charge des patients et les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Une action du compte qualité prévoit de réaménager le hall d'accueil afin de favoriser la confidentialité des entrées et sorties. En effet, l'hôpital a récemment doublé sa capacité d'hospitalisation de lits de médecine en passant de 9 à 18 lits, ce qui génère plus d'allées et venues qu'auparavant et donc un besoin de réorganisation. Le plan de formation de l'hôpital prend en compte la dimension « droits des patients » en proposant différentes actions de formation, auxquelles sont associées les représentants des usagers. Il est de manière récurrente inscrit au plan de formation, une formation sur les droits des patients afin de maintenir le niveau de connaissance des personnels déjà formés et pour les nouveaux arrivants. La GED institutionnelle, accessible à l'ensemble des personnels, comprend les procédures et conduites à tenir par grande thématique nécessaires au personnel l'exercice de ses fonctions. Les procédures sont actualisées et remises à jour tous les 4 ans.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont connues et mises en œuvre par les personnels. A l'entrée dans le service, un soignant informe le patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance. De même, le patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Ces informations sont disponibles par voie d'affichage et dans le livret d'accueil. Les patients sont informés autant que de besoin sur leur état de santé et les soins proposés, incluant la réflexion bénéfice-risque. Le consentement éclairé du patient est recueilli. Si besoin, la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est mise en place et le signalement des cas de maltraitance est effectif. L'organisation et les pratiques des professionnels permettent de respecter l'intimité et la dignité des patients et de garantir le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Dans les unités de soins (couloirs), il a été observé que les ordinateurs sur les chariots de soins sont systématiquement fermés lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Les salles de transmissions, les bureaux infirmiers, les lieux de stockage sont sécurisés et ne sont accessibles qu'au personnel muni d'une carte magnétique avec habilitation (il existe différents niveaux d'habilitation suivant les fonctions). Le travail en équipe est encouragé. Un travail a été effectué avec les ergothérapeutes afin que seules les personnes qui font face aux écrans des ordinateurs puissent lire les données inscrites (banque d'accueil, secrétariat médical). Le respect de la confidentialité est assuré. Ces éléments ont été confirmés à l'occasion des patients traceurs.

L'accompagnement des familles est prévu et mis en place, l'entourage des personnes hospitalisées a la possibilité d'utiliser les salons des familles existants dans chaque service, avec pour les soins palliatifs un espace spécifique pour les enfants. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu pour un recours à l'équipe. La mesure de la satisfaction bénéficie d'un taux de retour des questionnaires de sortie très élevé, le personnel de l'accueil allant 1 à 2 jours avant la sortie de chaque patient leur remettre le questionnaire à compléter et leur proposer de l'aide s'ils le souhaitent. Par contre, le taux de retour de e-satis est non significatif (trop faible) alors qu'une information est faite à l'accueil de l'hôpital et que les adresses mails sont bien saisies dans le dossier administratif des patients.

Des actions spécifiques sont réalisées en UHR afin de respecter les droits et le choix des patients, ainsi, pour chaque patient, il a été désigné un référent, des RCP « réflexion sur la prise en soins » sont systématiquement réalisées, le respect du refus de soins est fortement instauré, il est prévu différentes actions (Humanitude) pour apaiser un patient agité, le service possède une salle « snoezelen », etc.

Des projets de soins personnalisés en SSR et des projets de vie en SLD sont mis en œuvre, et la traçabilité est assurée.

La CDU se réunit 4 fois par an conformément aux dispositions établies. Elle étudie les plaintes et réclamations, les demandes de dossiers médicaux, la satisfaction des patients, les éloges et est informée des événements indésirables. Un rapport annuel est réalisé chaque année pour la CDU.

Cependant, les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation à périodicité définie. Lorsqu'un patient trop agité nécessite, après que toute autre solution d'apaisement ait échoué, d'être fermé dans sa chambre (service d'UHR), il n'y a pas de prescription médicale validant cette restriction de liberté d'aller et venir. De plus, bien que le personnel informe immédiatement le médecin et veille à ne pas laisser la contention plus que nécessaire, les prescriptions observées en visite, mentionnent "si besoin" pour la mise en place de la contention et pas de durée et de délais mentionnés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital des collines assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « droits des patients » par la mise en place de plusieurs modalités d'évaluation :

- Le suivi de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie),
- L'évaluation du recueil de la personne de confiance (indicateur IQSS TDP critère 9, audits du dossier de soins),
- Le suivi du nombre de signalements d'évènements indésirables déclarés « droits des patients »,
- Les EPP « regards croisés sur la bientraitance », « réflexion sur la démarche de recueil de directives anticipées » « évaluation de la traçabilité de la contention dans le dossier du patient », « personne de confiance ».
- Le nombre de réclamations, d'éloges, de médiations.

## A / AGIR

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

L'établissement dispose d'un plan d'action issu de son compte qualité, et des résultats d'évaluation. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, en lien avec la CDU.



c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>La procédure de contention ne précise pas les modalités de mise en œuvre en terme de durée et de délais de la restriction d'aller et venir/contention physique.</p> <p>Il n'est pas précisé dans quel délai la réévaluation doit être réalisée ni que s'il y a maintien, une prescription doit être à nouveau faite. En cas d'urgence, la procédure précise que le "médecin doit valider et prescrire secondairement" la contention d'urgence, sans autre précision. Il n'y a pas de mode opératoire de la contention ou restriction de liberté en urgence. Néanmoins, les prescriptions de contention et restriction de liberté sont sécurisées par le logiciel du dossier patient, car les médecins ne peuvent pas valider la prescription si la date de fin n'est pas définie.</p> <p>Dans la pratique, les professionnels rencontrés en SLD et UHR informent par mail ou appel téléphonique (suivant le degré d'urgence) le médecin de la mise en place de la contention d'urgence, mais aucun mode opératoire n'existe.</p> <p>Le personnel rencontré est très vigilant à limiter la restriction de la liberté d'aller et venir et lorsqu'elle est mise en place, ils ont le souci de la réévaluer très régulièrement sans pour autant que quelque document que ce soit le formalise plus précisément.</p>	10e
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation à périodicité définie.</p> <p>Lorsqu'un patient trop agité nécessite, après que toute autre solution d'apaisement ait échoué, d'être fermé dans sa chambre (service d'UHR), il n'y a pas de prescription médicale validant cette restriction de liberté d'aller et venir. De plus, bien que le personnel informe immédiatement le médecin et veille à ne pas laisser la contention plus que nécessaire, les prescriptions observées en visite, mentionnent "si besoin" pour la mise en place de la contention et pas de durée et de délais mentionnés.</p>	10e

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

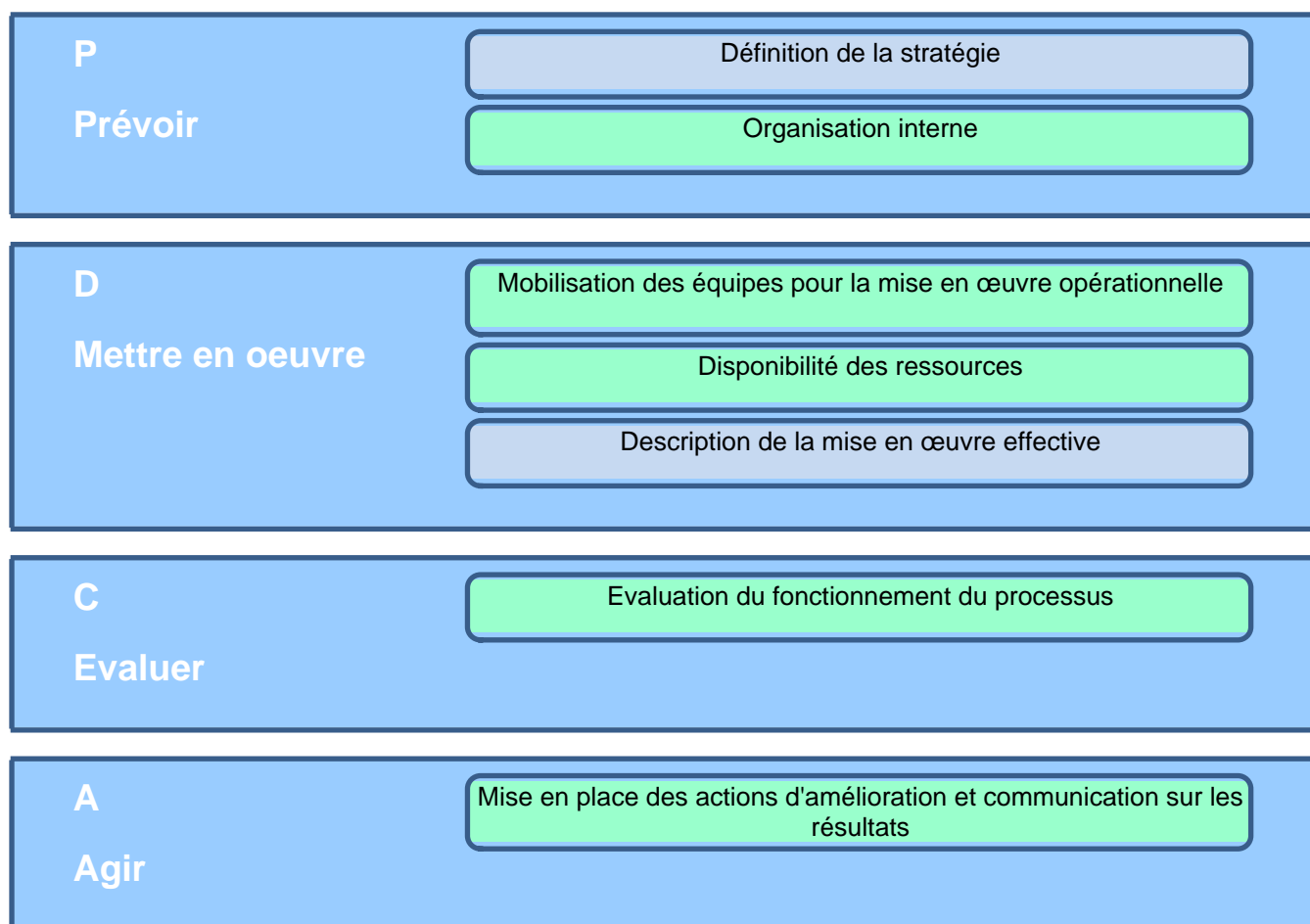
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie et des objectifs pour définir le parcours des patients au Centre Hospitalier des Collines. Cette stratégie est inscrite dans le projet d'établissement 2016-2020. L'objectif est « une prise en charge des patients de qualité et adaptée à leurs besoins, qui place le patient au centre des préoccupations ». Le projet s'inscrit dans le projet régional de santé et dans les travaux du GHT 85. L'établissement est qualifié Hôpital de proximité depuis janvier 2016 contribuant ainsi à l'amélioration des parcours des patients.

Les populations ciblées sont les personnes âgées, en conformité avec l'évolution démographique de la population, en développant des nouveaux modes de prise en charge et en prenant en charge les pathologies complexes, ainsi que les personnes handicapées vieillissantes. Le projet est axé également sur l'amélioration des parcours en oncologie, en SSR et sur la poursuite du développement des soins palliatifs, y compris avec une équipe mobile. La CME a validé cette politique.

Le projet médical et le projet de soins confirment cette orientation : « Améliorer le parcours de soins interne, entre établissements et en coopération ».

L'évaluation des risques a été structurée en pluriprofessionnel. Ils ont été validés en CME. 28 risques ont été retenus. 11 risques ont été qualifiés de prioritaires, en particulier, sur la continuité de la prise en charge, le repérage du risque suicidaire, le projet thérapeutique, ou l'urgence vitale. Ils ont fait l'objet d'une hiérarchisation et d'une évaluation de leur niveau de maîtrise. Les dispositifs de maîtrise en place sont précisés.

La stratégie d'amélioration est formalisée et déclinée dans un programme d'action – PAQGR (Programme d'actions qualité gestion des risques), avec les actions prioritaires. L'ensemble est enregistré dans le compte qualité. Les modalités de suivi sont prévues et planifiées en particulier sous la forme d'EPP, et les ressources nécessaires sont identifiées.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Le pilotage stratégique est assuré par le responsable de pôle et le pilotage opérationnel est placé sous la responsabilité des cadres et des médecins. Leurs responsabilités sont identifiées et formalisées dans des fiches de poste.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins. La prise en charge des populations est structurée. Les programmes de prise en charge sont prévus pour les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs sévères dans une unité d'hospitalisation renforcée (UHR) et dans une unité de soins de longue durée (SLD). Les programmes des patients pris en charge en SSR permettent la rééducation, y compris en balnéothérapie. De nombreuses conventions sont signées pour fluidifier le parcours entre établissements.

Les ressources humaines sont définies pour assurer la continuité de la prise en charge. La continuité des soins médicaux est prévue sous la forme d'astreintes sur un planning mensuel. Les paramédicaux ont un planning prévisionnel. Les remplacements sont organisés afin de permettre la poursuite des prises en charge et l'établissement ne recourt pas à l'intérim.

Les compétences sont prévues pour tous les patients pris en charge. Les équipes médicales et para médicales pluriprofessionnelles sont formées. L'équipe soignante est composée d'infirmiers et d'aide-soignants assistés par des agents de service. L'équipe rééducative est pluri-professionnelle (kinésithérapeutes, enseignants APA, ergothérapeutes, psycho-motriciens, diététiciens, assistantes sociales, psychologues et neuro-psychologues). Un professionnel désigné référent de séjour est prévu en SLD et en UHR.

Le plan de formation est décliné pour renforcer les compétences des professionnels pour améliorer le parcours des patients, en particulier, pour l'accompagnement des troubles cognitifs des sujets âgés, le suivi des troubles nutritionnels, et les gestes d'urgence. Il couvre tous les ans les pathologies traitées et les catégories professionnelles.

Des référents restauration se réunissent à périodicité définies. Le suivi de la prise en charge palliative et de la douleur est assuré par une cellule douleur et dans le cadre d'un groupe départemental.

L'organisation prévoit les ressources matérielles. Les équipements permettent la prise en charge des patients tout au long de leur séjour : tels que des salles de rééducation équipées, une balnéothérapie, des salons conviviaux pour les patients et leurs familles, deux dispositifs Snoezelen fixes et mobiles mis à disposition des équipes au besoin des patients en soins palliatifs ou souffrant de troubles cognitifs sévères.

Le matériel de prise en charge de l'urgence vitale est prévu.

Les ressources documentaires sont disponibles pour tous les professionnels, sous forme dématérialisée. Des procédures et des protocoles pour organiser le parcours du patient dans l'établissement ont été rédigées et actualisées : accueil du patient, projet thérapeutique, risque suicidaire ainsi que prise en

charge en urgence, règlement intérieur de la balnéothérapie... Les procédures font mention de l'analyse bénéfico-risque du soin et/ou de l'action prévue.

Toutefois, la procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas totalement définie. La procédure, version 2 est récente. Elle ne définit ni la personne à contacter (médecin sur site ou extérieur) ni les modalités de contact. Les professionnels risquent de perdre du temps pour savoir qui appeler et comment joindre le médecin. Le médecin risque d'être contacté avec retard, ce qui induit une possible perte de chance pour les patients.

Néanmoins, les professionnels rencontrés connaissent le nom du médecin à contacter par habitude. Et toutes les urgences vitales survenues au Centre Hospitalier des Collines ont été prises en charge dans les délais utiles. Aucun événement indésirable n'a été signalé. L'établissement a pris conscience du risque pendant la visite et a modifié la procédure, et il envisage l'attribution d'un numéro d'appel unique (devis présenté).

La gestion des interfaces et des circuits est facilitée par la taille de l'établissement. La concertation entre professionnels est organisée grâce aux staffs pluriprofessionnels prévus dans tous les secteurs à un rythme variable selon l'unité. Cela permet une articulation cohérente des missions au regard des objectifs identifiés.

L'organisation du parcours du patient est prévue : entrée prévue, projet et prise en charge personnalisés coordonnés, et sortie est préparée dès l'entrée.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Tous les professionnels rencontrés se sont appropriés les objectifs et les plans d'action.

La programmation d'entrée est assurée par le cadre dès l'accord médical. La préparation de la sortie est prévue dès que possible dans toutes les unités.

Ils s'assurent à l'occasion des réunions régulières (staffs pluriprofessionnels, réunions de relève et réunions d'équipe) de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

La prise en compte des troubles nutritionnels est suivie. Le poids est enregistré à un rythme défini variable selon les unités (1 par mois à 1 par semestre). Il en est de même pour les bilans biologiques.

La réunion pluri-professionnelle régulière permet de faire une synthèse générale du projet de tous les patients. Elle renforce la coordination des professionnels et la continuité de la prise en charge, grâce à la présence de l'ensemble des professionnels et des cadres qui assurent le suivi du patient.

L'encadrement suit régulièrement les indicateurs obligatoires ainsi que les résultats des audits et les plans d'actions prévus. Les résultats sont transmis aux équipes par affichage et au cours des réunions d'équipe.

Des actions correctives sont identifiées avec le Conseil de Gestion de la Qualité et des risques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans tous les secteurs.

Les effectifs présents sont adaptés aux pathologies prises en charge et répartis dans les catégories professionnelles qui permettent de répondre aux besoins des patients.

L'établissement assure un planning des professionnels.

Tous les professionnels bénéficient de formations programmées dans un plan annuel. Des formations internes et externes sont assurées pour la prise en charge de l'agressivité des personnes démentes, pour l'accompagnement des troubles cognitifs des sujets âgés, pour la prise en charge des urgences et pour le suivi des troubles nutritionnels. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un dispositif d'intégration. Certains médecins et des infirmiers sont titulaires de diplômes universitaires (DU) – soins palliatifs, soins d'escarres...

Les procédures qui favorisent le parcours du patient sont actualisées et accessibles à tous dans la gestion documentaire dématérialisée. L'information des patients est assurée au cours des visites médicales.

Les ressources en matériel nécessaires sont disponibles et un plan de maintenance est en place (tel que pour le suivi du bassin de balnéothérapie).

Les soins requis sont dispensés dans des locaux adaptés : dans des chambres individuelles, dans une UHR équipée, dans les salles de rééducation, dans des bureaux individuels – psychologue, neuropsychologue, psychiatre, assistante sociale. En balnéothérapie, le règlement intérieur est respecté par patients et professionnels, un kinésithérapeute accompagne chaque patient pour sa séance et, parfois dans le bassin, selon les soins requis.

Le matériel nécessaire à la prise en charge des urgences vitales est opérationnel. Un chariot fermé par lien numéroté est disponible dans chaque unité. Un contrôle de ce chariot est réalisé selon le protocole effectif et est tracé.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour que le parcours du patient soit le plus fluide.

Le parcours du patient est tracé dans le dossier du patient depuis la préparation de l'admission jusqu'à la sortie. Les différents acteurs procèdent à l'admission programmée, en respectant l'identité et la dignité à l'accueil administratif. L'évaluation initiale médicale et paramédicale, est réalisée dès l'entrée. Cette évaluation comporte toujours une évaluation de la douleur. Dès lors, la prise en charge des troubles nutritionnels est initiée : le suivi du poids est régulier et tracé dans le dossier. Le risque suicidaire est pris en compte dès l'entrée. Le projet de soins personnalisé est envisagé dès l'entrée dans la conclusion de l'examen médical si possible et précisé au cours du 1<sup>o</sup> staff. Le patient est informé, et cette information est tracée dans le dossier dématérialisé auquel tous les professionnels en charge du patient ont accès de façon sécurisée. L'éducation du patient est assurée selon ses capacités cognitives et ses besoins. Si nécessaire, il est orienté vers un programme d'éducation thérapeutique dans une structure avec laquelle l'établissement est en convention. Les décisions sont notées en temps réel dans le dossier dématérialisé. Les conclusions de chaque réunion pluri-professionnelle sont tracées. La préparation de la sortie est anticipée dès l'initiation du projet personnalisé, autant que de besoin avec l'entourage et avec l'assistante sociale. Tous les documents de sortie sont remis au patient pour faciliter son suivi. Les patients sont orientés vers les structures sanitaires et médico sociales existantes. La coordination interprofessionnelle et les interfaces entre secteurs, sont facilitées par l'architecture et la taille de l'établissement et participent à la fluidification du parcours. Les échanges informels sont réguliers. Les réunions interprofessionnelles régulières et programmées encouragent le travail en équipe. Cette organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu. La notion de bénéfice risque est prise en compte dans les décisions thérapeutiques et les choix sont tracés dans le dossier du patient par le médecin. L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et l'équipe l'ayant pris en charge a confirmé les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure l'évaluation de l'ensemble du processus parcours. L'établissement suit les indicateurs nationaux, troubles nutritionnels, douleur et tenue du dossier patient. Il suit la mesure de la satisfaction des patients grâce aux questionnaires de sortie dont le taux de retour est de plus des ¾. Les fiches d'événements indésirables sont prises en compte et elles peuvent donner lieu à des CREX. Plusieurs EPP sont suivies sur la douleur en particulier chez les dyscommunicants, les troubles nutritionnels, ou les prescriptions anticipées en soins palliatifs. 6 patients traceurs ont été analysés depuis 2 ans dans tous les secteurs.

## **A / AGIR**

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

Le plan est suivi par les pilotes sur l'ensemble du processus. Des actions d'amélioration sont décidées après analyse des résultats des indicateurs nationaux et spécifiques. Le plan d'actions est enregistré dans le PAQGR et les comptes qualité. La communication est assurée. Les résultats sont diffusés aux professionnels, au cours des réunions d'équipe ou sous forme d'affichage et de documents synthétiques thématiques. L'hôpital des Collines met en place des actions au cours de la semaine de sécurité nationale.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas totalement définie.</p> <p>La procédure, version 2 est récente. Elle ne définit ni la personne à contacter (médecin sur site ou extérieur) ni les modalités de contact. Les professionnels risquent de perdre du temps pour savoir qui appeler et comment joindre le médecin. Le médecin risque d'être contacté avec retard, ce qui induit une possible perte de chance pour les patients.</p> <p>Toutefois, les professionnels rencontrés connaissent le nom du médecin à contacter par habitude. Et toutes les urgences vitales survenues au Centre Hospitalier des Collines ont été prises en charge dans les délais utiles. Aucun événement indésirable n'a été signalé. L'établissement a pris conscience du risque pendant la visite et a modifié la procédure qui a été présentée aux experts-visiteurs, et il envisage l'attribution d'un numéro d'appel unique (devis réalisé).</p>	18b

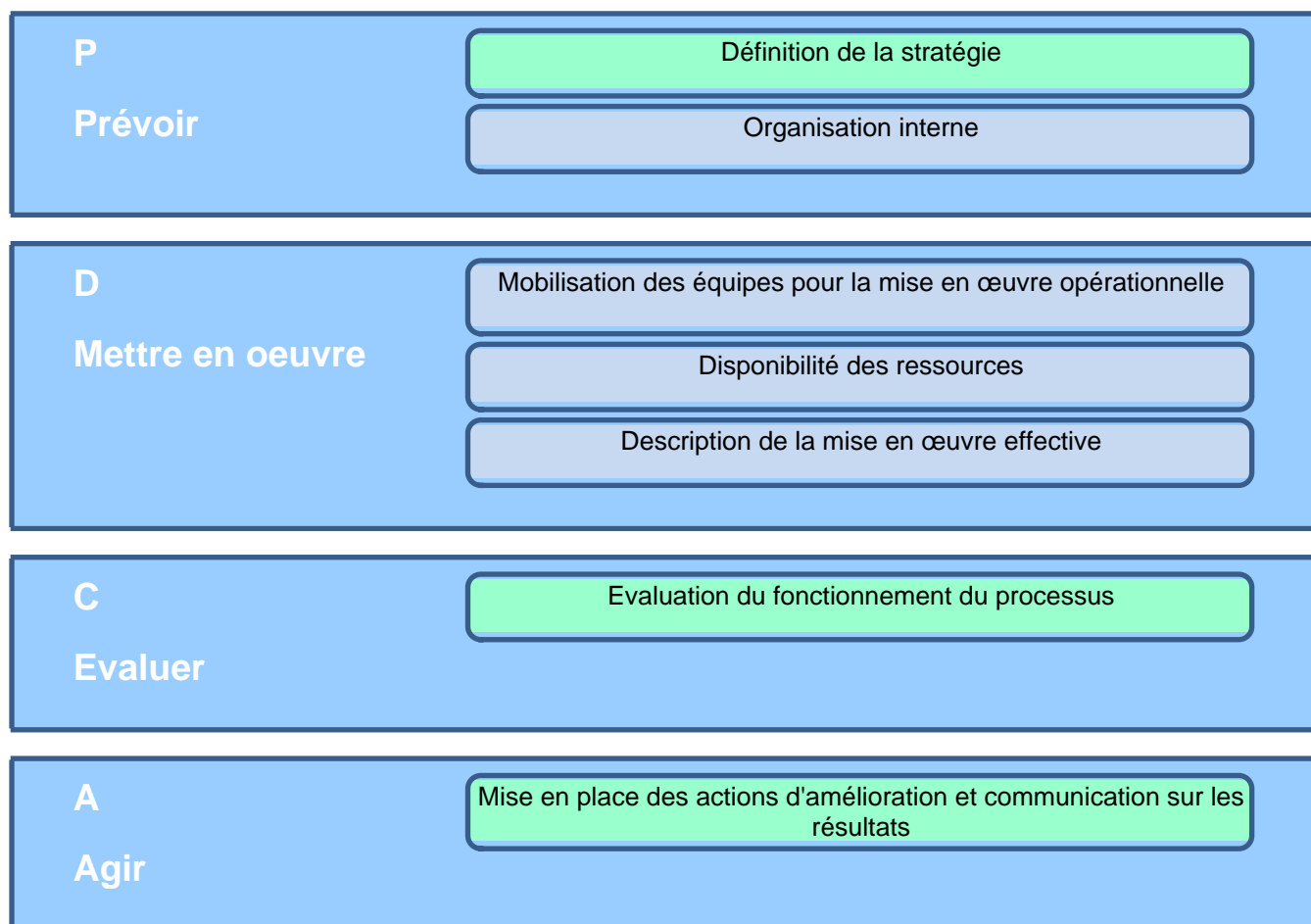
# DOSSIER PATIENT

## 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





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'hôpital des collines a un dossier patient totalement informatisé, un dossier patient papier (pochette cartonnée) vient compléter ce dossier des données externes à l'établissement.

Dans le cadre du GHT, l'uniformisation des dossiers patients informatisés sur tous les établissements du GHT est en cours, mais des retards et problèmes pourraient remettre en cause le choix d'un logiciel différent de celui actuellement utilisé à l'hôpital des collines.

L'hôpital des collines a souhaité uniformiser le dossier patient à tout le groupe, y compris ses structures médico-sociales, il est de ce fait passé, cette année, à la nouvelle version du dossier patient informatisé (DPI) de l'éditeur. L'instauration du DPI est ancienne à l'hôpital des collines, il date de plus de 25 ans.

L'hôpital des collines a fait le choix stratégique pour son dossier patient d'ouvrir un large périmètre fonctionnel : dossier médical, de soins, plan de soins, l'ensemble des prescriptions, validation pharmaceutique, en lien avec le logiciel de gestion administratif.

L'analyse des besoins et des risques du processus Dossier Patient a été réalisée pour toutes les étapes de sa gestion (de la création à la destruction), au regard des différents supports (papier et informatique), et des différentes parties du dossier patient (administratif, médical, soignant, social et psychologique).

Les risques sont hiérarchisés selon une seule et même méthodologie utilisée au sein de l'établissement, permettant de définir des priorités d'amélioration : 10 risques ont été identifiés dont 2 de criticité 6 et 5 actions dont 4 reprises dans le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus dossier patient est piloté par le médecin DIM (20% de temps de travail en qualité de DIM de l'hôpital) et la Technicienne d'Information Médicale de l'établissement à temps plein. Ces 2 pilotes sont aussi pilotes de la CIV (cellule d'identitovigilance). Ils travaillent en collaboration avec le groupe DPI qui regroupe des personnels de toutes les catégories socio professionnelles, il est piloté par le responsable des systèmes d'information.

L'accès du patient à son dossier et son information quant à ses droits d'accès sont organisés, le livret d'accueil informe de la possibilité d'avoir accès à son dossier, ou ses ayants droits, et renvoie vers la Direction pour en faire la demande.

L'établissement a défini les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient (AS, IDE, Médecin, Assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, ...).

Les règles portant sur les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile et l'archivage ont été prévues. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information quant aux droits d'accès sont définies (procédure, livret d'accueil, 2 sessions de formations).

L'établissement s'est engagé dans le projet Hôpital Numérique.

Au plan documentaire les professionnels disposent d'une gestion documentaire informatisée, d'un guide d'utilisation et de nombreuses procédures concernant notamment la tenue, l'accès aux dossiers et le mode dégradé. Une astreinte informatique est en place assurant la possibilité d'un recours 24h/24 à un informaticien.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le management de chaque secteur d'activité s'est saisi des enjeux liés au dossier patient. Il communique auprès de son équipe sur le processus du dossier, sa mise en œuvre et son évolution. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'action.

Il assure la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures, ...) et met en place des actions correctives en cas de dysfonctionnement.

Des temps collectifs pendant les relèves sont prévus pour échanger sur les résultats d'audits sinon par affichage des indicateurs IQSS.

Le groupe de travail DPI, multidisciplinaire, est en charge de recenser les dysfonctionnements et de les traiter en lien avec l'éditeur et les différents secteurs de l'hôpital. Les actions d'amélioration sont suivies et les résultats sont communiqués aux équipes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Bien qu'entièrement informatisé pour la prise en charge des patients à l'hôpital des collines, le dossier

patient utilise également le support papier notamment concernant les données issues de l'extérieur (laboratoire, radiologie).

Les professionnels sont formés aux différents matériels et logiciels qu'ils utilisent. Le logiciel utilisé est assez intuitif, cela ne nécessite pas de formation complexe. Les nouveaux arrivants sont secondés dans les services les premiers jours de leur prise de poste, afin, entre autre, de pouvoir leur expliquer et leur montrer les différentes procédures liées à l'utilisation du dossier patient. Le maintien des compétences est assuré.

L'établissement a une Gestion Électrotechnique de Documents institutionnelle connue et utilisée par tous les personnels rencontrés. Le personnel via la GED a accès aux procédures nécessaires à la gestion du dossier patient et notamment, pour exemple, aux procédures : « Gestion du dossier patient à l'hôpital - guide », « Dossier patient papier », « Fiche contrôle tenue du dossier patient », « Demande d'accès au dossier patient »... Les documents sont actualisés tous les 4 ans.

Les locaux d'archivage du dossier papier permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité. Les moyens matériels nécessaires au bon fonctionnement du dossier patient (informatisé et non informatisé) existent, les éventuels problèmes techniques sont rapidement résolus. Ils font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

D'après les pilotes, l'établissement « a toujours été en avance en terme d'informatisation du dossier patient ».

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management de proximité des secteurs d'activités met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne de leurs secteurs, notamment en ce qui concerne les règles d'accès et de tenue du dossier ainsi que sa complétude. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps réel dans les dossiers des patients permettant aux professionnels de disposer des informations nécessaires à la prise en charge des patients. Chaque personnel de l'hôpital dispose d'un code personnel lui permettant d'accéder aux parties du dossier du patient le concernant, ce qui permet également à chacun de tracer dans le dossier patient les éléments de la prise en charge tout en étant automatiquement identifié. Le travail en équipe est encouragé.

Les médecins disposent également d'une application leur permettant d'accéder au dossier patient hors site d'hospitalisation. Des alertes appelées « tacquet » permettent, par exemple, aux soignants d'envoyer un message au médecin, pour l'informer d'épisode de grande agitation d'un patient. Ces alertes sont accompagnées de témoin de lecture, ce qui permet au soignant de savoir si et quand le médecin a vu l'alerte et de réagir en fonction. Cette organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu avec un recours à l'équipe.

Ces éléments ont été confirmés à l'occasion des audits des patients traceurs.

En 2017, il y a eu 2 demandes de dossiers patients, en 2018, il y en a eu 7 dont 5 de recevables. Les délais réglementaires de transmission du dossier patient sont respectés.

Le médecin DIM face à l'augmentation des demandes d'accès du dossier patient notamment par les ayants droits et au doublement des lits de médecine a organisé une formation sur les droits d'accès au dossier patient précisant bien tous les cas de figure, 2 sessions de formation ont eu lieu pour tout le personnel. Le guide d'accès au dossier patient est en cours de réécriture afin d'être plus précis sur les différentes modalités d'accès du dossier et les droits de chacun.

Un travail sur la lettre de liaison est prévu au PAQGR (repris dans le compte qualité) afin de répondre à la réglementation. D'ores et déjà, un travail a été mené afin que le compte rendu d'hospitalisation soit automatiquement transmis par messagerie sécurisée au prescripteur de ville du patient et, si le prescripteur n'a pas de messagerie sécurisée alors, automatiquement, le compte rendu est imprimé et envoyé par courrier. D'autres actions sont initiées, notamment au secrétariat médical, avec la mise en place d'un tableau de suivi des sorties prévisionnelles des patients afin de pouvoir anticiper et préparer au mieux la sortie des patients.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi du processus Dossier Patient sont régulièrement et systématiquement assurés par les pilotes du processus (notamment par la TIM) sur la base des indicateurs réglementaires ainsi que d'indicateurs internes suivis trimestriellement, des Événement Indésirables et des audits dossiers patients.

La déclaration des indicateurs réglementaires est respectée (IQSS, Hôpital Numérique). Les délais de transmission des dossiers aux patients sont suivis par l'établissement et respectent ceux prévus par la réglementation.

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

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées au PAQGR. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par affichage ou via différentes modalités de diffusion (réunions, journal interne).

### **c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

# IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

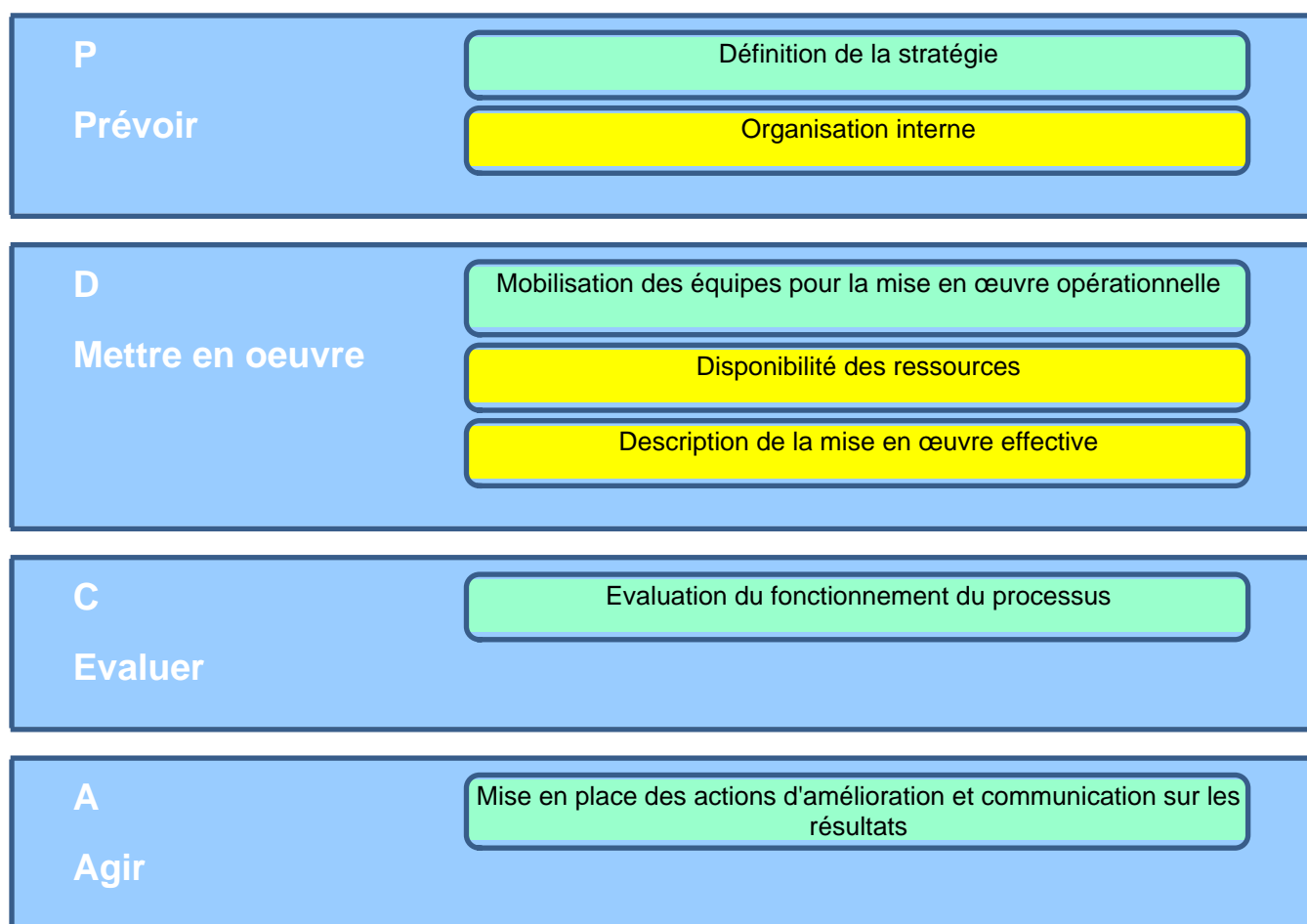
## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au Centre Hospitalier des Collines, la stratégie en matière d'identification des patients est définie dans la charte d'identitovigilance dont la version 2 est en cours de signature. La politique est définie par le COVIRIS (COmité des VigiLANces et des RISques).

L'application de cette politique vise à améliorer l'identification du patient dans l'établissement, et à réduire le risque d'erreur sur l'identification de la personne prise en charge. Elle vise également une meilleure identification pour un dossier compatible avec le dossier médical personnel (DMP) et une meilleure communication entre les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire.

Elle définit l'identification dite primaire lors de la création de l'identité dans l'établissement et l'identification dite secondaire au cours de la prise en charge du patient.

Dix risques ont été identifiés dans le cadre du recensement mené en groupe pluriprofessionnel sur cette thématique. L'analyse des risques liée à l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge dans les secteurs d'activité a été réalisée sur une cartographie. Les risques considérés par l'établissement comme prioritaires ont fait l'objet d'une hiérarchisation et d'une évaluation de leur niveau de maîtrise. Les dispositifs de maîtrise en place sont précisés. Le PAQGR (Programme d'Actions Qualité Gestion des Risques 2018-2022) institutionnel, enregistré dans le compte qualité, contient les actions d'amélioration inscrites dans le plan d'actions. Le compte qualité a été validé par les instances, dont la CME en décembre 2018.

#### ORGANISATION INTERNE

Une cellule d'identitovigilance (CIV) est chargée de la coordination et du pilotage du dispositif, elle est animée par un médecin désigné par la CME en octobre 2018. Elle dispose d'un règlement intérieur récent.

Quatre pilotes sont identifiés (Médecin DIM, Technicien de l'Information Médicale (TIM), Responsable informatique, Agent bureau des entrées) et les fiches de fonction des pilotes sont formalisées.

Les ressources humaines nécessaires en effectifs et compétences sont identifiées. Un référent infirmier et une secrétaire médicale sont membres de la CIV.

Des procédures et protocoles prévoient l'organisation de l'identification primaire des patients. Le dossier patient informatisé permet, au moyen d'un identifiant permanent, de regrouper toutes les données d'un même patient. Les documents sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. L'établissement a formalisé la gestion situations à risques, telles que la gestion des doublons et des homonymies, ainsi que les modalités de contrôles d'identité au cours de l'identification primaire.

Toutefois, l'organisation et les moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas totalement définis. La charte d'identitovigilance définit la politique d'identitovigilance pour l'enregistrement du patient et la création du dossier, ce qui correspond à l'identification dite primaire. Cette charte n'explique pas les modalités de maîtrise de l'identité, dite secondaire, des patients dans les unités de soins. Une procédure pour sécuriser l'identification du patient est formalisée pour les professionnels du secteur administratif. Le mode opératoire d'identification du patient n'est pas défini en unité de soins. Le risque d'erreur de patient à l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie, en grande majorité gériatrique avec des troubles neurodégénératifs et cognitifs. Par ailleurs, l'établissement comporte des chambres doubles dans certaines unités. Toutefois, le Centre Hospitalier des Collines a conscience du risque et le conseil de gestion de la qualité et des risques (CGQR) a missionné la CIV en octobre 2018 pour réfléchir à la mise en place d'un bracelet d'identification.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les actions identifiées et définies sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité sous la coordination de la CIV.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Tous les professionnels du secteur administratif rencontrés se sont appropriés les objectifs et les plans d'action. Dans les secteurs de soin, les professionnels prêtent attention à l'identification des patients.

L'encadrement administratif suit régulièrement plusieurs indicateurs. Les résultats sont transmis aux professionnels au cours des réunions de leur équipe. Des actions correctives sont identifiées par la CIV.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels du service

administratif sont formés à l'identification primaire du patient. Cependant, les professionnels du soin ne sont pas formés par l'hôpital à l'identification secondaire du patient. Actuellement, le plan de formation institutionnelle ne comporte aucune action en lien avec la thématique de l'identification du patient pour les professionnels du soin. Les ressources documentaires sont enregistrées dans le système de gestion documentaire institutionnelle et sont accessibles à tous. Elles permettent de procéder à l'identification primaire. La charte d'identification du patient, les procédures d'accueil des nouveaux patients pour le personnel du service administratif ainsi que pour les professionnels des services de soins sont accessibles. L'organisation de la gestion des identités s'appuie sur la vérification de l'identité au moyen de documents réglementaires conservés dans le dossier patient. Les ressources matérielles sont disponibles essentiellement au niveau du dossier patient et la maintenance préventive et curative, en particulier informatique, est mise en œuvre.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. Le dispositif d'identification primaire est mis en place, tracé et évalué. Néanmoins, les professionnels de santé ne vérifient pas de façon sécurisée la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte thérapeutique ou diagnostic. En l'absence d'une politique explicite à déployer au lit du malade, les professionnels de soin mettent en place des actions personnelles. Tous les professionnels ont déclaré vérifier la concordance entre la prescription et le pilulier mais ils n'ont pas de procédure harmonisée de contrôle de l'identité de la personne qui reçoit le soin. Le contrôle verbal est assuré pour les patients communicants mais ne peut pas l'être pour les non-communicants. La réflexion n'est pas aboutie sur l'intérêt de formaliser l'identification de tous les patients. Aucun patient ne porte de bracelet. Certains professionnels proposent à leur initiative d'enregistrer une photographie, s'ils estiment que le patient est à risque de sortie à l'insu du service. Le risque d'erreur de patient lors de l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie et de la présence de chambres doubles. Les dossiers patients, consultés en cours de visite, ne comportent pas de traçabilité des contrôles d'identité effectués y compris pour les actes invasifs et soins porteurs de risques (prélèvement biologique...). Les audits de patients traceurs ont confirmé les modalités de contrôle d'identité. Toutefois, il faut noter qu'un dispositif de sécurisation est en place dans l'unité UHR et en SLD, où tous les patients sont photographiés, la photographie s'affiche sur l'écran à l'ouverture du dossier informatisé et sur les piluliers. On trouve une phrase de sensibilisation au contrôle de l'identité dans le document « accueil de la personne soignée en SSR ». L'établissement a pris conscience du risque persistant pour tous les patients au cours de la visite des experts.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a identifié des indicateurs. Les pilotes procèdent à des évaluations régulières : évaluation des dossiers au fil de l'eau par la TIM au cours du codage, évaluation des doublons et du nombre de fusions, nombre de collisions détectées, taux de certification d'identité. Il suit les fiches de signalement des événements indésirables liés à l'identification du patient (début des signalements en 2018).

#### A / AGIR

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

Le plan d'action est suivi par les pilotes. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Elles sont régulières pour l'identification primaire et les travaux débutent pour l'identification secondaire. La communication est assurée par les membres de la CIV au COVIRIS et dans les secteurs d'activité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>L'Organisation et les moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas totalement définis.</p> <p>La charte d'identitovigilance définit la politique d'identitovigilance pour l'enregistrement du patient et la création du dossier, ce qui correspond à l'identification dite primaire. Cette charte n'explicite pas les modalités de maîtrise de l'identité, dite secondaire, des patients dans les unités de soins. Une procédure pour sécuriser l'identification du patient est formalisée pour les professionnels du secteur administratif. Le mode opératoire d'identification du patient n'est pas défini en unité de soins. Le risque d'erreur de patient à l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie, en grande majorité gériatrique avec des troubles neurodégénératifs et cognitifs. Par ailleurs, l'établissement comporte des chambres doubles dans certaines unités. Toutefois, le Centre Hospitalier des Collines a conscience du risque et le conseil de gestion de la qualité et des risques (CGQR) a missionné la CIV en octobre 2018 pour réfléchir à la mise en place d'un bracelet d'identification.</p>	15a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les professionnels du soin ne sont pas formés à l'identification du patient.</p> <p>Actuellement, le plan de formation institutionnelle ne comporte aucune action en lien avec la thématique de l'identification du patient.</p>	15a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les professionnels de santé ne vérifient pas de façon sécurisée la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte thérapeutique ou diagnostic.</p> <p>En l'absence d'une politique explicite à déployer au lit du malade, les professionnels de soin mettent en place des actions personnelles.</p> <p>Tous les professionnels ont déclaré vérifier la concordance entre la prescription et le pilulier mais ils n'ont pas de procédure harmonisée de contrôle de l'identité de la personne qui reçoit le soin.</p> <p>Le contrôle verbal est assuré pour les patients communicants mais ne peut pas l'être pour les non-communicants. La réflexion n'est pas aboutie sur l'intérêt de formaliser l'identification de tous les patients.</p> <p>Aucun patient ne porte de bracelet. Certains professionnels proposent à leur initiative d'enregistrer une photographie, s'ils estiment que le patient est à risque de sortie à l'insu du service. Le risque d'erreur de patient lors de l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie et de la présence de chambres doubles.</p> <p>Les dossiers patients, consultés en cours de visite, ne comportent pas de traçabilité des contrôles d'identité effectués y compris pour les actes invasifs et soins porteurs de risques (prélèvement biologique...). Les audits de patients traceurs ont confirmé les modalités de contrôle d'identité.</p> <p>Toutefois, il faut noter qu'un dispositif de sécurisation est en place dans l'unité UHR et en SLD, où tous les patients sont photographiés, la photographie s'affiche sur l'écran à l'ouverture du dossier informatisé et sur les piluliers.</p> <p>On trouve une phrase de sensibilisation au contrôle de l'identité dans le document « accueil de la personne soignée en SSR ».</p> <p>La visite des experts a permis d'insister sur le risque identifié par l'établissement sur l'identification des patients et dont il convient qu'il est incomplètement maîtrisé.</p>	15a





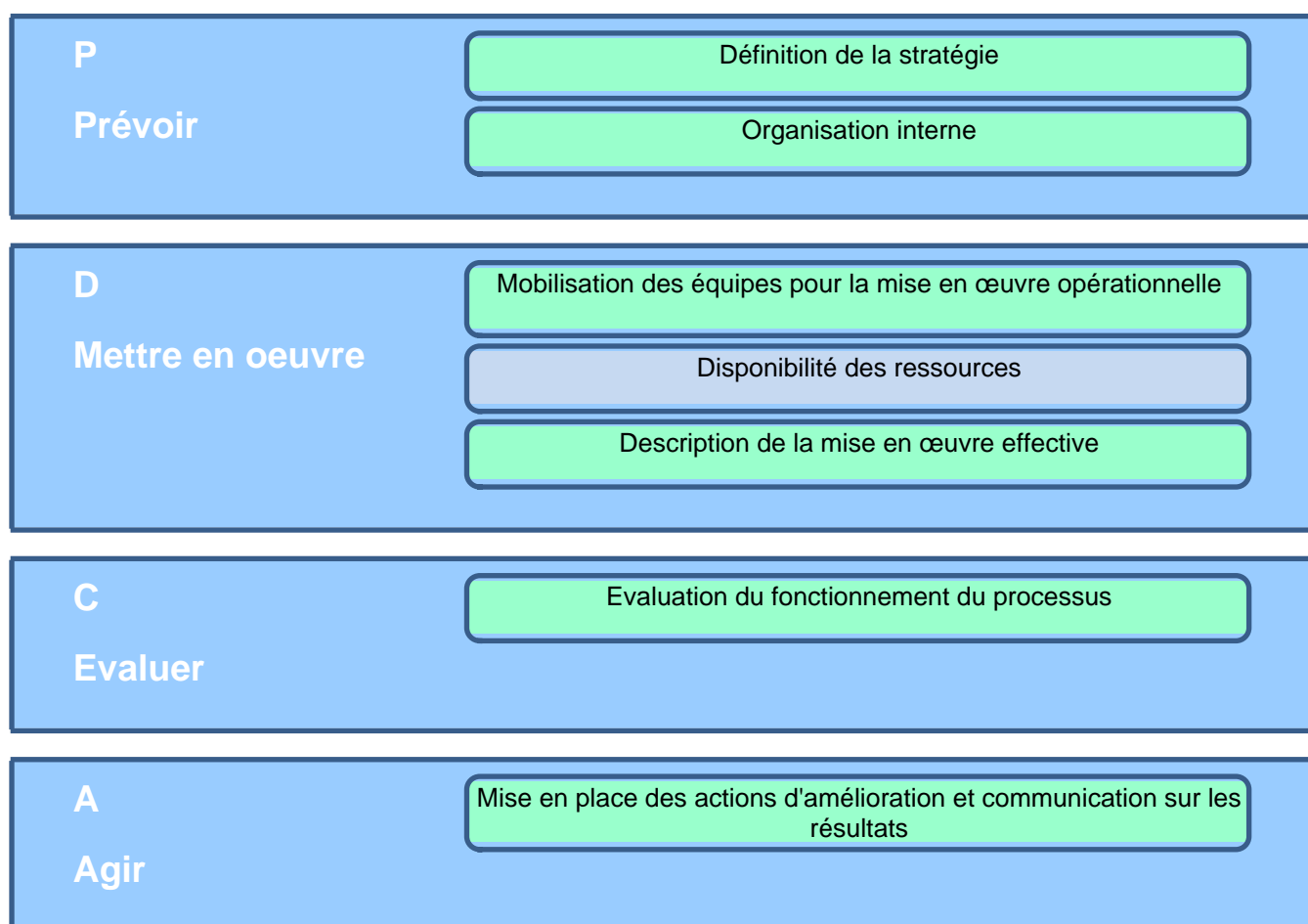
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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'hôpital des collines (HC) a défini une politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle est définie et élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle est en lien avec le projet d'établissement, le projet médical et son inclusion dans le groupement hospitalier de territoire (GHT 85). Cette politique a été présentée et validée en CME. Les grands axes du projet visé 2016 / 2020 s'orientent vers :

- Renforcer la coopération entre les acteurs afin de contribuer à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé ;
- Prendre en compte et répondre à la réglementation ;
- Renforcer la culture qualité ;
- Développer les EPP ;
- Optimiser l'utilisation du dossier patient informatisé (DPI) ;
- Conforter l'analyse pharmaceutique, développer la pharmacie clinique et la conciliation médicamenteuse ;
- Développer le bon usage des anti-infectieux et le suivi de la consommation ;
- Poursuivre le développement des génériques et biosimilaires.

Cette politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée sous une forme intentionnelle dans le programme qualité gestion des risques (PAQGR) et dans le compte qualité de l'hôpital des collines. Elle figure également dans le contrat d'objectif et de moyens (CPOM) et le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Ces documents d'autorité comportent des objectifs d'amélioration, des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. La prise en soins et la juste prescription médicamenteuse du sujet âgé sont prévues. La démarche d'évaluation des risques a priori et a posteriori est opérationnelle et permet la hiérarchisation des risques identifiés et la détermination des modalités de traitement, notamment sur la base des signalements d'événements indésirables concernant le circuit du médicament. Le PAQGR et le compte qualité intègrent les axes du plan d'action de la Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), le suivi des indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS), les mesures de traitement des risques et les objectifs d'amélioration rattachés. L'analyse de ces données a permis de déterminer les risques retenus dans l'élaboration du compte qualité, chaque item hiérarchisé, comporte un pilote et un délai.

**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 et dans l'organigramme fonctionnel de la pharmacie à usage intérieur (PUI). La pharmacienne de l'hôpital des collines est Présidente du COMEDIMS, elle est également missionnée comme responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCM). L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne neuve, soumise à une inspection validante de l'ARS récente.

En regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La pharmacienne et son équipe de collaborateurs préparateurs assurent le respect des bonnes pratiques et de la réglementation concernant le circuit du médicament à la PUI et dans les services.

La coordination et le suivi des actions, la présentation des résultats à l'encadrement des unités de soins et de l'ensemble des personnels médicaux, soignants para-médicaux sont pilotés par plusieurs commissions : le COMEDIMS et le comité de lutte contre les événements indésirables associés aux soins, le comité rattaché à la direction des soins.

Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs sur support papier ou informatisé disponibles dans la gestion documentaire informatisée (GED).

Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, traitement personnel compris, fait l'objet d'un protocole.

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration actualisés et validés sont mis à disposition des professionnels. La permanence pharmaceutique est organisée avec en dehors des plages d'ouverture de la PUI (le soir, les week-end et jours fériés), l'existence d'une armoire sécurisée, hors de la pharmacie, contenant le livret thérapeutique de l'établissement pour les prescriptions réalisées en urgence. Chaque service de soins est équipé d'armoires sécurisées pour stocker les médicaments.

Les règles de gestion, rangement, stockage des médicaments, de conservation sont définies. Les médicaments à risque sont identifiés par un stockage spécifique et un code couleur. Les locaux de la PUI sont sécurisés, avec accessibilité réduite au seul personnel autorisé. La PUI est équipée de stockeurs neufs pour les médicaments et les dispositifs médicaux.

Tous les services de soins, les salles d'examen, sont équipés d'ordinateurs facilitant les saisies en temps réel de l'administration des médicaments et de la rédaction des compte-rendus dans un DPI certifié.  
Les circuits de transport des médicaments et dispositifs médicaux depuis la PUI vers les services de soins en interne sont organisés et sécurisés.  
Le programme de formation des nouveaux arrivants intègre une formation sur l'erreur médicamenteuse et une formation à l'utilisation du logiciel dossier patient.  
La déclaration d'un événement indésirable, d'une erreur médicamenteuse est organisée dans l'intranet. Leur sensibilisation est entretenue par la restitution de la réponse aux déclarants.  
La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

## D / METTRE EN OEUVRE

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.  
Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.  
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).  
Les équipes participent à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables et aux événements indésirables graves. Des référents pharmacie sont identifiés dans tous les services de soins. Les cadres de santé, en lien avec la COMEDIMS, assurent le déploiement dans les services des plans d'actions identifiés à partir de l'analyse des audits, des fiches de déclaration des événements indésirables, des indicateurs institutionnels.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériels, locaux et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans tous les secteurs d'activité et sont en adéquation avec les besoins.  
Les compétences des professionnels sont adaptées aux spécificités et le maintien des compétences est assuré. Des formations sont régulièrement menées à l'ensemble du personnel : soit en interne par l'encadrement, soit par un organisme de formation externe qui propose des formations présentiels sur site, ou en e-learning pour les antibiotiques à l'intention de la communauté médicale. Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont régulièrement menées. La participation à cette formation est obligatoire et permet l'ouverture des droits dans le dossier informatisé.  
Les procédures et autres documents utiles, actualisés, sont disponibles sur intranet. La gestion documentaire est connue des professionnels. Une base de données, le livret thérapeutique, des documents d'aide à l'administration des médicaments (médicaments ne devant pas être broyés) sont à disposition des professionnels.  
La pharmacie édite des documents d'informations pratiques destinées au personnel médical ou para-médical.  
Les ressources en matériel sont disponibles dans tous les secteurs. Les armoires à pharmacie, fermées à clé, sont installées dans chaque unité, fermée par badge magnétique avec accès personnalisé. Le stockage des toxiques est sécurisé. Des chariots de médicaments adaptés, fermés et maintenus dans le poste de soins sont installés pour l'administration au patient. Ils contiennent des piluliers nominatifs. Des ordinateurs mobiles permettent la prescription par les médecins au lit du patient et la traçabilité de l'administration en temps réel par les infirmiers. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en soins du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.  
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le DPI. Celui-ci comporte des onglets à usage spécifique, comme par exemple le monitoring de la réévaluation de l'antibiothérapie probabiliste à soixante douze heures. Cet aspect est complété par l'introduction de cette exigence dans l'analyse pharmaceutique pratiquée par la pharmacienne.  
Les règles de prescription sont mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient incluant le traitement personnel est opérationnelle.  
La pharmacie est destinataire de toutes les prescriptions, soit dans le logiciel, soit sous forme de support papier (rare et spécifique) permettant la prescription et la traçabilité de l'administration.  
La pharmacienne a la possibilité, si nécessaire, d'adresser des avis pharmaceutiques aux prescripteurs. L'organisation est en place sur le transport, le rangement, la conservation des médicaments et DM. Chaque étape est réalisée sous double contrôle, jusqu'au lit du patient.

Les règles de gestion, rangement, stockage des médicaments, de conservation sont respectées.  
 La gestion des stocks des médicaments dans les services est confiée à un préparateur.  
 Les armoires de stockage sont équipées pour permettre un rangement "plein / vide". Le préparateur prépare la commande de réassort en "douchant les codes barre des produits". Il assure le rangement de l'armoire et la gestion des périmés.  
 La gestion des périmés des sacs d'urgence est assurée et tracée.  
 Le réassort des armoires de service est assuré selon le mode de délivrance intégrale, nominative et quotidienne de principe.  
 Les IDE administrent les médicaments aux patients : un tiroir est identifié au nom de chaque patient dans le chariot de médicament, préparation des doses à administrer sans déconditionnement.  
 L'IDE en charge de l'administration au patient déconditionne les doses au moment de la prise, après vérification à partir de la prescription et vérification verbale de l'identité du patient, chaque fois que possible. En secteur protégé, il existe un portrait photographique du patient établi selon la procédure d'identification primaire. Cela a été confirmé à l'occasion des audits de patients traceurs.  
 Les médicaments à statut particulier : hors AMM, coûteux, les stupéfiants, certains antibiotiques injectables, médicaments dérivés du sang sont délivrés nominativement par la pharmacie.  
 Les soignants connaissent et utilisent la procédure de déclaration d'une erreur médicamenteuse dans l'intranet. Le déclarant est tenu informé du suivi et de la conclusion de sa déclaration.  
 Les erreurs médicamenteuses sont analysées sous forme de REMED/CREX et les axes d'amélioration définis et suivis. La PUI diffuse très régulièrement des informations et de mises en garde, par voie informatique, mail ciblé ou bien affichage. Cette information ou alerte concerne les ruptures d'approvisionnement prévisibles, le contingentement des molécules, les alertes descendantes, etc. La PUI fournit des plaquettes d'information destinées aux patients (ex : les nouveaux anti coagulants).

## 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 : IQSS, CAQES, indicateurs internes, audits et évaluations menés en interne.  
 Un audit périodique fragmenté du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.  
 L'établissement suit plusieurs EPP : revue de pertinence en antibiothérapie, règles de bon usage des antibiotiques, conformité de l'administration des médicaments, etc. Les erreurs médicamenteuses sont analysées une fois par semaine ou en urgence le cas échéant, et peuvent, si besoin, faire l'objet d'une CREX ou RMM. Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances concernées : COMEDIMS, comité de gestion des risques voire CME.  
 Le bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé au minimum une fois par an. Dans le cadre du GHT 85 des comparaisons entre établissements partenaires sont envisagées.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs médicamenteuses.  
 Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel avec rétro information des professionnels.  
 Des supports et modalités de diffusion sont établis : affiches, plaquettes d'information destinées aux professionnels et aux patients.  
 La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.  
 Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

## 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	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation du processus MQGR n'est pas totalement structurée. Bien que l'établissement dispose d'un tableau de bord des indicateurs depuis 2011 et que les actions en découlant sont intégrées au PAQGR, la politique qualité n'explique pas concrètement l'organisation mise en place, l'articulation entre les différents comités, les liens qui permettraient une coordination des différents acteurs entre eux.	1e
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication interne nécessaire au partage de l'information ascendante et descendante n'est pas structurée et organisée. Une démarche d'amélioration continue de la qualité existe, des suivis d'indicateurs sont mis en place, différents tableaux de bord sont construits et ont été présentés aux experts visiteurs, mais les professionnels rencontrés dans les services n'ont pas tous une vision d'ensemble de la démarche. La communication morcelée, parcellaire, pléthorique existante ne permet pas aux professionnels de s'appropriier les principes de la démarche. L'acculturation des professionnels n'est pas totalement acquise. Cela engendre un risque intrinsèque de ne pas déployer les actions d'amélioration de la qualité validées par le CGQR.	1g
Droits des patients	P / Organisation interne	NC	La procédure de contention ne précise pas les modalités de mise en œuvre en terme de durée et de délais de la restriction d'aller et venir/contention physique.  Il n'est pas précisé dans quel délai la réévaluation doit être réalisée ni que s'il y a maintien, une prescription doit être à nouveau faite. En cas d'urgence, la procédure précise que le "médecin doit valider et prescrire secondairement" la contention d'urgence, sans autre précision. Il n'y a pas de mode opératoire de la contention ou restriction de liberté en urgence. Néanmoins, les prescriptions de contention et restriction de liberté sont sécurisées par le logiciel du dossier patient, car les médecins ne peuvent pas valider la prescription si la date de fin n'est pas définie. Dans la pratique, les professionnels rencontrés en SLD et UHR informent par mail ou appel téléphonique (suivant le degré d'urgence) le médecin de la mise en place de la contention d'urgence, mais aucun mode opératoire n'existe. Le personnel rencontré est très vigilant à limiter la restriction de la liberté d'aller et venir et lorsqu'elle est mise en place, ils ont le souci de la réévaluer très régulièrement sans pour autant que quelque document que ce soit le formalise plus précisément.	10e

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation à périodicité définie. Lorsqu'un patient trop agité nécessite, après que toute autre solution d'apaisement ait échoué, d'être fermé dans sa chambre (service d'UHR), il n'y a pas de prescription médicale validant cette restriction de liberté d'aller et venir. De plus, bien que le personnel informe immédiatement le médecin et veille à ne pas laisser la contention plus que nécessaire, les prescriptions observées en visite, mentionnent "si besoin" pour la mise en place de la contention et pas de durée et de délais mentionnés.	10e
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas totalement définie. La procédure, version 2 est récente. Elle ne définit ni la personne à contacter (médecin sur site ou extérieur) ni les modalités de contact. Les professionnels risquent de perdre du temps pour savoir qui appeler et comment joindre le médecin. Le médecin risque d'être contacté avec retard, ce qui induit une possible perte de chance pour les patients. Toutefois, les professionnels rencontrés connaissent le nom du médecin à contacter par habitude. Et toutes les urgences vitales survenues au Centre Hospitalier des Collines ont été prises en charge dans les délais utiles. Aucun événement indésirable n'a été signalé. L'établissement a pris conscience du risque pendant la visite et a modifié la procédure qui a été présentée aux experts-visiteurs, et il envisage l'attribution d'un numéro d'appel unique (devis réalisé).	18b
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	P / Organisation interne	NC	L'Organisation et les moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas totalement définis.  La charte d'identitovigilance définit la politique d'identitovigilance pour l'enregistrement du patient et la création du dossier, ce qui correspond à l'identification dite primaire. Cette charte n'explique pas les modalités de maîtrise de l'identité, dite secondaire, des patients dans les unités de soins. Une procédure pour sécuriser l'identification du patient est formalisée pour les professionnels du secteur administratif. Le mode opératoire d'identification du patient n'est pas défini en unité de soins. Le risque d'erreur de patient à l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie, en grande majorité gériatrique avec des troubles neurodégénératifs et cognitifs. Par ailleurs, l'établissement comporte des chambres doubles dans certaines unités. Toutefois, le Centre Hospitalier des Collines a conscience du risque et le conseil de gestion de la qualité et des risques (CGQR) a missionné la CIV en octobre 2018 pour réfléchir à la mise en place d'un bracelet d'identification.	15a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels du soin ne sont pas formés à l'identification du patient. Actuellement, le plan de formation institutionnelle ne comporte aucune action en lien avec la thématique de l'identification du patient.	15a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les professionnels de santé ne vérifient pas de façon sécurisée la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant	15a



Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>tout acte thérapeutique ou diagnostic.</p> <p>En l'absence d'une politique explicite à déployer au lit du malade, les professionnels de soin mettent en place des actions personnelles.</p> <p>Tous les professionnels ont déclaré vérifier la concordance entre la prescription et le pilulier mais ils n'ont pas de procédure harmonisée de contrôle de l'identité de la personne qui reçoit le soin.</p> <p>Le contrôle verbal est assuré pour les patients communicants mais ne peut pas l'être pour les non-communicants. La réflexion n'est pas aboutie sur l'intérêt de formaliser l'identification de tous les patients. Aucun patient ne porte de bracelet. Certains professionnels proposent à leur initiative d'enregistrer une photographie, s'ils estiment que le patient est à risque de sortie à l'insu du service. Le risque d'erreur de patient lors de l'administration d'un soin, est élevé du fait de la population accueillie et de la présence de chambres doubles.</p> <p>Les dossiers patients, consultés en cours de visite, ne comportent pas de traçabilité des contrôles d'identité effectués y compris pour les actes invasifs et soins porteurs de risques (prélèvement biologique...). Les audits de patients traceurs ont confirmé les modalités de contrôle d'identité.</p> <p>Toutefois, il faut noter qu'un dispositif de sécurisation est en place dans l'unité UHR et en SLD, où tous les patients sont photographiés, la photographie s'affiche sur l'écran à l'ouverture du dossier informatisé et sur les piluliers.</p> <p>On trouve une phrase de sensibilisation au contrôle de l'identité dans le document « accueil de la personne soignée en SSR ».</p> <p>La visite des experts a permis d'insister sur le risque identifié par l'établissement sur l'identification des patients et dont il convient qu'il est incomplètement maîtrisé.</p>	