



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HOPITAL DES COLLINES
VENDEENNES**

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

AVRIL 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	850000000	GCS RESEAU VENDEEN DE SANTE MENTALE	Ch george mazurelle Hopital sud 85026 LA ROCHE SUR YON
Entité juridique	850011453	HOPITAL DES COLLINES VENDEENNES	9 AVENUE DU MARECHAL LECLERC 85120 La Chataigneraie
Etablissement de santé	850000647	HOPITAL DES COLLINES VENDEENNES	9 avenue du marechal leclerc 85120 La Chataigneraie
Etablissement de santé	850020579	HOPITAL DES COLLINES VENDEENNES- SLD	9 avenue du marechal leclerc 85120 La Chataigneraie

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	9
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	<ul style="list-style-type: none"> * GIE Imagerie Médicale * Convention Laboratoire Analyses Médicales * GCS Biologie 85 * GCS Santé Mentale * Convention Consultations Avancées * Convention Cadre Filière AVC * Convention 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 * Association « Groupement des Etablissements du Sud Vendée » * Convention Hospitalisation à Domicile * 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 CRIQUE Santé * Convention Ergothérapie * Convention Hospitalière de Territoire * Convention « Jusqu'à la mort, accompagner la vie » * Association Inter Comité de LUTte contre la Douleur * Association ALTHEA * GCSMS des Collines Vendéennes * Convention Service Inter Etablissements de Santé au Travail * Comité Local Information et de Coordination gérontologique * Association Informatiques Des Hôpitaux Locaux des Pays de la Loire * GCS e-santé Pays de la Loire * Convention Equipe Opérationnelle d'Hygiène
Regroupement / Fusion	Fusion absorption de l'Hôpital des collines vendéennes avec les Résidences des collines vendéennes.
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 recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles 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

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine polyvalente	A définir	Programmé		MCO
2	Adulte ou personne âgée	SSR polyvalent	A définir	Programmé		SSR
3	Adulte ou personne âgée	SSR soins palliatifs	Fin de vie	Programmé		SSR
4	Personne âgée	SLD	A définir	Programmé		SLD
5	Personne âgée	SLD unité hébergement renforcé	A définir	Programmé		SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

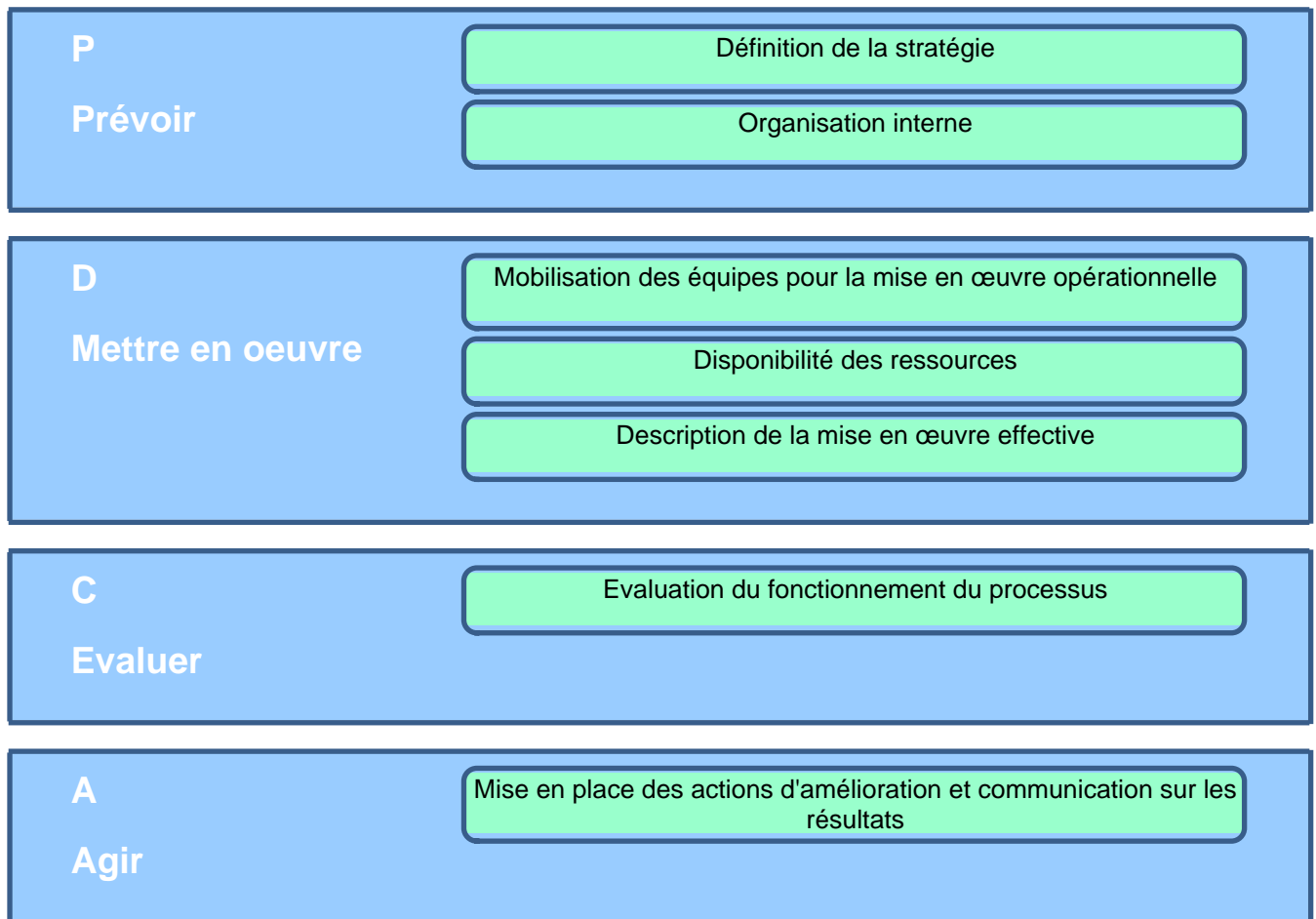
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>Il existe une politique qualité et gestion des risques (QGDR) avec objectifs, plan d'actions, à partir d'une analyse des risques et des besoins répertoriés dans l'établissement. Cette politique est validée par le directoire (directeur général, directeur du site, président de CME, et responsable du pôle soins). Les instances réglementaires sont également destinataires de la politique QGDR et valident le document. Cette stratégie est déclinée en programme d'actions avec échéancier, par la responsable qualité de l'établissement. La cartographie des risques (cartorisque) permet d'identifier, et de hiérarchiser les risques identifiés. La stratégie EPP est intégrée au programme et à la politique. L'établissement utilise les IQSS, ainsi que des indicateurs qui lui sont propres pour identifier et analyser les risques. Le compte qualité a été élaboré à partir du programme qualité (PAQSS).</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'organisation interne est en place. L'établissement a mis en place une organisation permettant de piloter la démarche. Le management de la qualité et gestion des risques est composée du directeur général, du directeur de site, du président de CME. La coordination de la démarche est assurée par le responsable qualité en lien avec le conseil de gestion de la qualité et de la gestion des risques, avec d'une part la qualité (prise en charge du patient, fonctions supports) et d'autre part la gestion des risques (risques liés aux fonctions supports, risques associés aux soins). Un pilote ou référent est responsable d'un processus, et est en lien directe avec le responsable QGDR, et les responsables des services. Ces responsables font le lien avec le personnel des services. Chaque groupe de risques identifié est en lien avec une ou plusieurs instances ou comités (CSIRMT, CHSCT, CME, CRUQPC, EOH, COMEDIMS). Un représentant des usagers est membre du CQGDR. Des fiches de missions sont définies pour les responsables, et les pilotes. La gestion documentaire est informatisée, et intègre les procédures. Les documents nécessaires aux services ont été rédigés par la responsable qualité, en rapport avec les besoins spécifiques des services. Les locaux sont récents et adaptés aux objectifs et au besoin de la prise en charge. Les circuits et les interfaces sont définis.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Les équipes mettent en œuvre la démarche. La démarche institutionnelle est déclinée dans chaque service, au niveau de l'ensemble du personnel. L'organisation mise en place permet de sensibiliser, et d'informer les professionnels de proximité. Durant la visite, il a été constaté lors des rencontres « terrain » que le personnel interrogé connaissait les grandes lignes de la démarche qualité, la déclinaison des actions au niveau du service, mais faisait souvent partie d'un groupe sur une thématique, ou référent, ou membre actif d'une EPP. Les responsables des services sont également intégrés dans la démarche et s'assurent de la mise en place des actions d'amélioration. Ce suivi quotidien permet de mettre en place également des actions correctrices. Des indicateurs sont suivis par la responsable qualité concernant entre autre le suivi des fiches d'évènements indésirables (mensuel), le taux de retour des questionnaires de satisfaction, les IPAQSS (obligatoires ou non). Les questionnaires portent sur le livret d'accueil, les consultations externes, l'USLD une fois par an, la connaissance des professionnels sur la démarche (c'est un item de l'enquête globale « RH »).</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>La gestion documentaire est entièrement informatisée depuis une dizaine d'années et les documents nécessaires aux services y sont accessibles. Des actions de communication sont réalisées par l'équipe qualité, pour sensibiliser les équipes à la démarche qualité et gestion des risques. Le suivi des actions est réalisé et accessible par la gestion documentaire informatisée. Cette documentation est révisée tous les quatre ans. Le journal interne aborde régulièrement des sujets en lien avec la démarche qualité et la gestion des risques.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les secteurs d'activité mettent en œuvre la démarche. Le fonctionnement et le management interne favorise la mise en œuvre des organisations définies dans les services concernés. Des réunions régulières ont lieu et permettent la mise en œuvre d'actions avec analyse des risques et des évènements indésirables (mensuel) et réalisation d'EPP.</p>

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs qualité sont en place. Des indicateurs qualité sont en place concernant entre autres les questionnaires de satisfaction, avec un taux de retour de 70%, le taux de chute, les signalements d'évènements indésirables, et en identitovigilance, concernant le nombre de pièce d'identité présentée. Les indicateurs IPAQSS sont recueillis. Les indicateurs concernent l'ensemble du plan d'actions, et le personnel peut suivre sur informatique le niveau d'avancement des actions. La responsable qualité réactualise régulièrement ce plan, et communique par l'informatique. Un bilan annuel qualité est réalisé.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place. Un tableau des actions d'amélioration et leur mises en œuvre est suivi et réactualisée par l'équipe qualité. Le personnel des services, est informé par la voie informatique, ou par le journal interne, ou par réunion qualité.

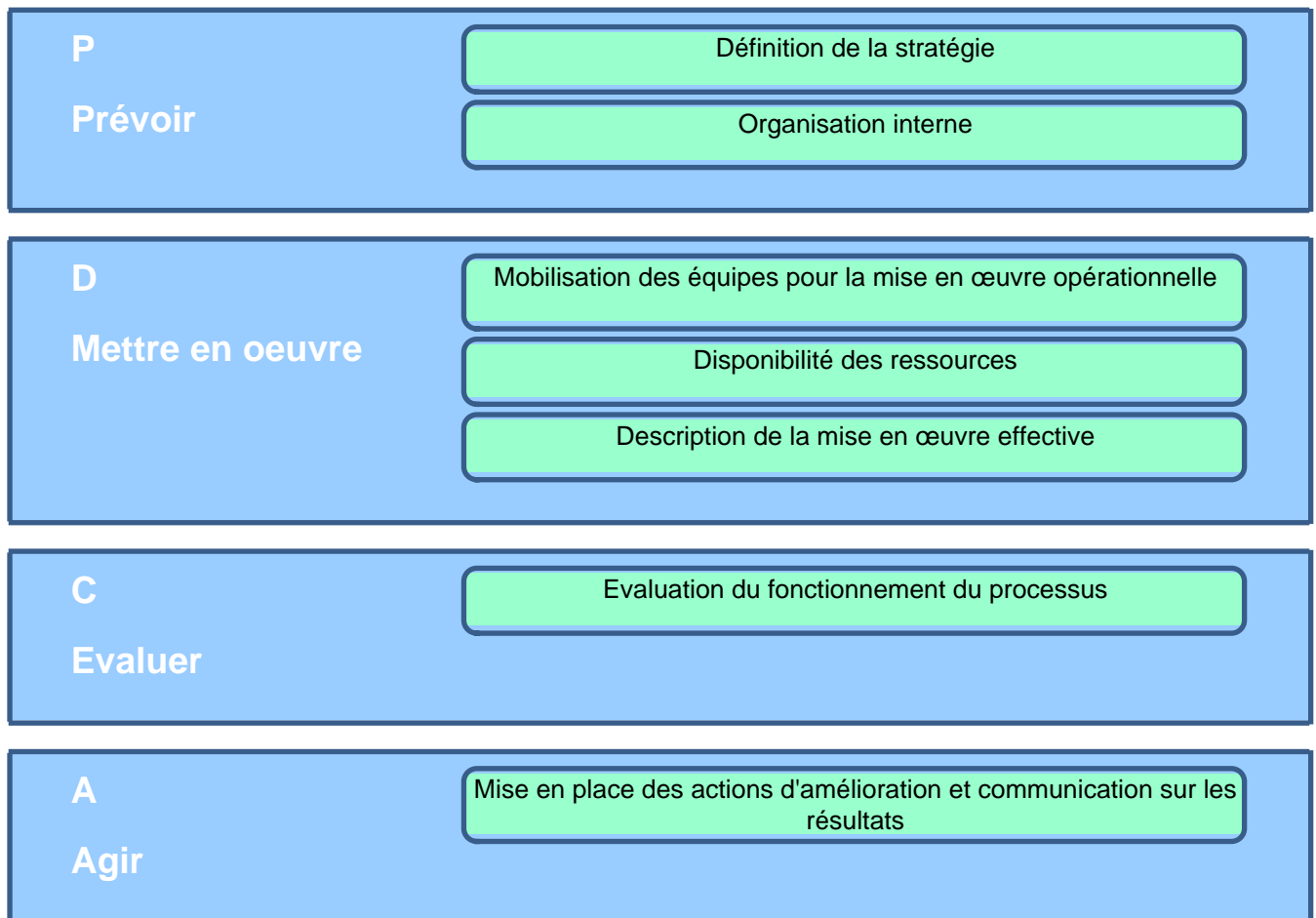
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion du risque infectieux est inscrite dans le CPOM 2012-2017. L'axe stratégique relatif à la qualité et la sécurité des soins comporte plusieurs objectifs : Structuration de la coordination entre la CME, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la redéfinition d'une politique d'utilisation des anti-infectieux, l'actualisation des procédures.

La politique qualité/gestion des risques 2015-2019 reprend ces objectifs, fait le lien avec l'analyse des besoins et les priorités issues de l'analyse des risques et précise que le renforcement de la lutte contre le risque infectieux passe notamment par le bon usage des antibiotiques. Le programme annuel de l'EOH, validé par la CME, est repris dans le programme global qualité gestion des risques de l'établissement. Les risques prioritaires et le plan d'action pour améliorer leur niveau de maîtrise ont été inscrits dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le fonctionnement du dispositif de LIN a été revu et validé par la CME 12 avril 2012. Il repose sur la suppression du CLIN et la réorganisation de la composition et des travaux de l'EOH en lien direct et régulier avec la CME. Un point hygiène est mis à l'ordre de jour de chaque CME, un temps dédié étant réservé pour l'intervention de l'hygiéniste paramédical et /ou le médecin hygiéniste.

Les actions prioritaires 2015 ont été validées par la CME du 18 décembre 2014. Elles ont été définies en lien avec la cartographie des risques à partir de 4 items identifiés comme ayant un risque résiduel fort. Il s'agit des prescriptions antibiotiques notamment chez la personne âgée, application des prescriptions standard et complémentaires, renforcement du dispositif d'information interne et externe au risque BMR, pertinence du maintien des cathéters. Le processus est piloté par un médecin hygiéniste à temps partiel et un paramédical titulaire d'un DU d'hygiène à temps complet. Les fiches de mission des professionnels dédiés à l'hygiène sont rédigées et validées. Ils sont relayés dans les services par des correspondants en hygiène sous la forme d'un 1 binôme IDE -ASD par étage. Le référent hygiéniste organise des formations internes pour toutes les catégories de professionnels. Le plan de formation 2015 et les entretiens avec les professionnels rencontrés en témoignent, les formations programmées portant sur les soins mais aussi sur les fonctions logistiques : restauration, locaux, linge, etc. Un groupe de travail antibiothérapie est en place depuis 2014.

Des formations externes sont également inscrites au plan de formation de l'établissement, pour les correspondants en hygiène, pour le paramédical hygiéniste. Une IDE est en cours de formation DU d'hygiène afin de préparer la relève de l'actuel hygiéniste lors de son départ en retraite.

Un protocole d'aide à la prescription antibiotique probabiliste est formalisé ainsi qu'un protocole spécifique pour la prescription d'antibiothérapie en cas d'infection urinaire de la personne âgée.

Les mesures préventives hygiène sont formalisées dans de nombreux protocoles qui couvrent tous les champs des activités. Les mesures curatives pour les situations où le risque se réalise sont également identifiées et formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique de gestion du risque infectieux est décliné dans un programme d'action annuel, sa mise en oeuvre est réalisée par l'EOH en étroite collaboration avec les correspondants en hygiène et les professionnels des services concernés. Les actions font l'objet d'évaluations,

En fonction de leurs résultats, des valeurs des indicateurs suivis au niveau institutionnel, des contrôles réalisés par les responsables des secteurs des actions correctives spécifiques à chaque secteur sont mises en place avec les professionnels concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un référent paramédical hygiéniste à temps complet est relayée dans les services par les correspondants hygiène qui ont reçu une formation adaptée. Le personnel est régulièrement formé en interne par le référent hygiéniste.

En 2015, les médecins et la pharmacienne ont participé à une journée de formation sur l'antibiothérapie animée par le médecin référent antibiothérapie du CHD. La fréquence des formations d'antibiothérapie pour les médecins n'est pas définie.

Les protocoles sont mis à disposition des professionnels via la gestion documentaire électronique.

L'établissement participe à des échanges et de comparaisons inter établissements. Sous l'impulsion de la dynamique de réseau CCLIN 13 procédures "incontournables" ont été réactualisées en 2014.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'hygiène des locaux est assurée par une équipe interne. La traçabilité du nettoyage est en place sur les chariots de ménage, la responsable hôtelière vérifie les traçabilités et fait des contrôles visuels. Le circuit des repas et des déchets sont organisés. Les procédures sont disponibles sur la gestion documentaire.

L'EOH animée par l'hygiéniste paramédical et un praticien hospitalier hygiéniste est opérationnelle. Le médecin hygiéniste intervient sur site une journée par mois dans le cadre d'une convention de coopération signée avec le CHD. Dans le cadre de cette même convention un médecin référent en antibiothérapie peut être sollicité pour avis téléphonique. L'établissement est partagé en 3 zones en fonction du type de nettoyage à réaliser. Les produits à utiliser, la fréquence de nettoyage de chaque zone est procédurée. Les procédures sont connues et appliquées par les professionnels.

Cependant, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à la 48ème et la 72ème heure n'est pas effectuée dans tous les cas. Le logiciel était paramétré pour effectuer un arrêt de la prescription à 72 h ce qui obligeait les prescripteurs à réévaluer avant de prescrire. Cependant, ce système ne garantissait pas la continuité de l'administration lorsque l'arrêt de la prescription intervenait un jour férié. Un système de contournement de l'interdiction a été trouvé avec possibilité de prescrire pour 7 jours ce qui, faute d'alerte informatique ne garantit pas la réévaluation. La problématique du contournement de l'alerte est connue par l'établissement. Une réflexion est en cours afin de garantir la réévaluation de l'antibiothérapie et sa traçabilité entre la 48ème et 72ème h. L'établissement recueille les indicateurs nationaux et suit leur évolution. En 2014 des actions ont été menées, notamment dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles afin d'améliorer cet indicateur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un programme de surveillance en continu du processus de maîtrise du risque infectieux a été mis en place depuis 2001. Il comporte la surveillance en continu de l'écologie bactérienne incluant les BMR, des infections urinaires, des prescriptions antibiotiques. Des indicateurs ont été définis et sont suivis annuellement.

L'établissement recueille les indicateurs nationaux et suit leur évolution. Depuis 2010, l'évolution de L'ICSHA 2 est favorable.

En 2014, des actions ont été menées, notamment dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles afin d'améliorer ce score.

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles est mis en œuvre annuellement. Sont effectuées une année sur deux une évaluation de la pose du cathéter veineux périphérique et du sondage vésical clos. S'ajoutent d'autres évaluations en fonction des priorités définies par l'établissement.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs nationaux, des indicateurs mis en place par l'établissement, les résultats des EPP sont régulièrement communiqués en CME en CSIRMT, en CRU. L'ensemble des professionnels est informé par voie d'affichage dans les postes de soins.

Les résultats ont donné lieu à des actions d'amélioration comme la mise en place début 2015 d'une fiche spécifique "infection" dans le dossier patient informatisé, rédaction d'un protocole d'antibiothérapie pour l'infection urinaire de la personne âgée.

En fonction des résultats des évaluations le paramédical hygiéniste réalise des formations internes avec rappel des bonnes pratiques. Le nombre, la qualification des agents et le nombre d'heures dédiées à ces formations font l'objet d'un suivi.

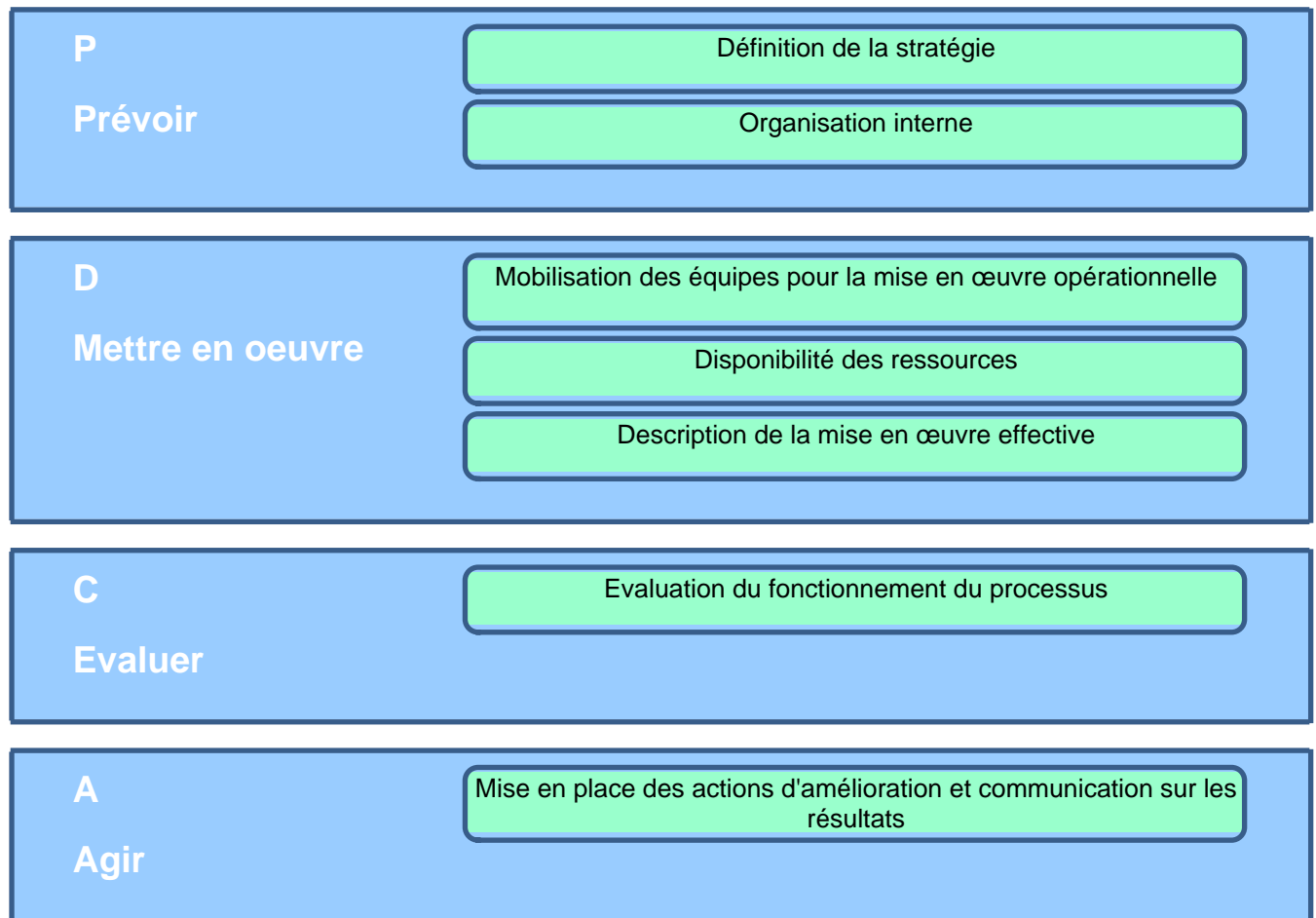
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie en lien avec les droits des patients est décrite dans le projet d'établissement. Les droits du patients sont une thématique centrale du projet d'établissement. L'établissement utilise les IQSS et des indicateurs qui lui sont propres, afin d'identifier les risques et de les hiérarchiser. Des objectifs sont définis dans un programme accessible par le personnel via l'informatique. Ces actions font suite à une analyse des risques liées aux droits des patients. Elles sont intégrées dans le programme qualité de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

La politique "droits des patients" est pilotée par la direction et les personnes ressources identifiées. Les ressources humaines et matérielles sont en adéquation avec les besoins sur cette thématique. Un guide de rédaction est proposé pour les directives anticipées. Les trois cadres des services ont déjà été formés sur le thème des droits du patient. Les formations proposées dans le plan de formation sont axées pour la plus part sur la bientraitance, et l'accueil du patient. La gestion des circuits est organisée afin de faciliter la concertation entre professionnels, et entre secteurs d'activités.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les trois services mettent en œuvre les actions d'amélioration sur cette thématique. Les professionnels sont sensibilisés sur les droits des patients lors des réunions de services. Le soutien psychologique des équipes est réalisé par le psychologue, si besoin (groupe de parole). Une intervention du psychologue de l'EMSP a lieu en soins palliatifs. Un transfert "relais" est organisé entre service pour des patients "difficiles". La bientraitance est sous la surveillance des cadres, qui le cas échéant change d'unité un soignant en difficulté.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, en particulier concernant les formations, et la documentation sont disponibles pour l'ensemble des services. La configuration des locaux, est adaptée à l'accueil des personnes handicapées. Le plan de formation mis en œuvre propose au personnel concerné, des formations en lien direct avec les droits des patients. Cela concerne "l'humanité" une fois par an sur 4 jours pour un groupe de 15 personnes, ouvert maintenant aux non soignants, sous la forme d'une journée. Une formation référent droits des patients (15 jours) est proposées pour une ou deux personnes par service. Une formation spécifique a été faite pour l'assistante sociale sur le thème de la maltraitance par les familles. Un cadre de service est inscrit à une formation en septembre intitulée : droits des patients à l'hôpital. Une aide soignante a bénéficié d'une spécialisation en soins gériatriques sur 20 jours. Le livret d'accueil est présenté et expliqué au patient à son entrée ainsi qu'à sa famille. La charte de la personne hospitalisée, est présente dans chaque service. Un porte document permet de diffuser des informations sur cette thématique, à l'accueil, au 1er étage, et en consultation externe. Un guide de rédaction est mis à disposition pour les directives anticipées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. La collaboration avec les rééducateurs du plateau technique est effective. Un système de réclamation est en place, permettant au patient de s'exprimer, et relayé par le soignant qui en informe le cadre, qui en informe la direction. Ces situations sont exposées en CRUQPC. Si nécessaire, le psychologue peut intervenir auprès du patient, et rédige un rapport. La psychologue de l'EMSP intervient en soins palliatifs, et également auprès des familles. L'accueil dans cette unité se fait 24h sur 24. Un appartement des familles est en place. Les situations de maltraitance entraînent une réflexion d'équipe, et un accompagnement des familles. L'information des patients concernant les soins sont réalisée par le médecin du service. Les déclarations de chute se font via l'outil informatique, et une analyse est faite par les ergothérapeutes, ainsi qu'un bilan annuel. Le livret d'accueil est présenté et expliqué au patient à son entrée ainsi qu'à sa famille. Un accompagnement par les soignants est réalisé dans les services afin d'expliquer les concepts de personne de confiance ou personne référente.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs. Les questionnaires de sortie sont analysés, et le bilan est présenté en CRUQPC, en CSI, CSIRMT et en directoire. Un suivi des EPP est réalisée par le directoire, les déclarations de chute également.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en place suite aux recueils et à l'analyse des indicateurs. Cela concerne entre autre, la mise à disposition du guide d'utilisation des directives anticipées, et la sensibilisation du personnel sur ce thème. Le suivi des actions décidées en CRUQPC,est réalisée maintenant lors de la CRUQPC suivante.La procédure d'accueil du patient en SSR, a été mise à jour. Les médecins ont été sensibilisés à l'information aux patients. Les nouveaux professionnels sont également informés sur les droits des patients.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

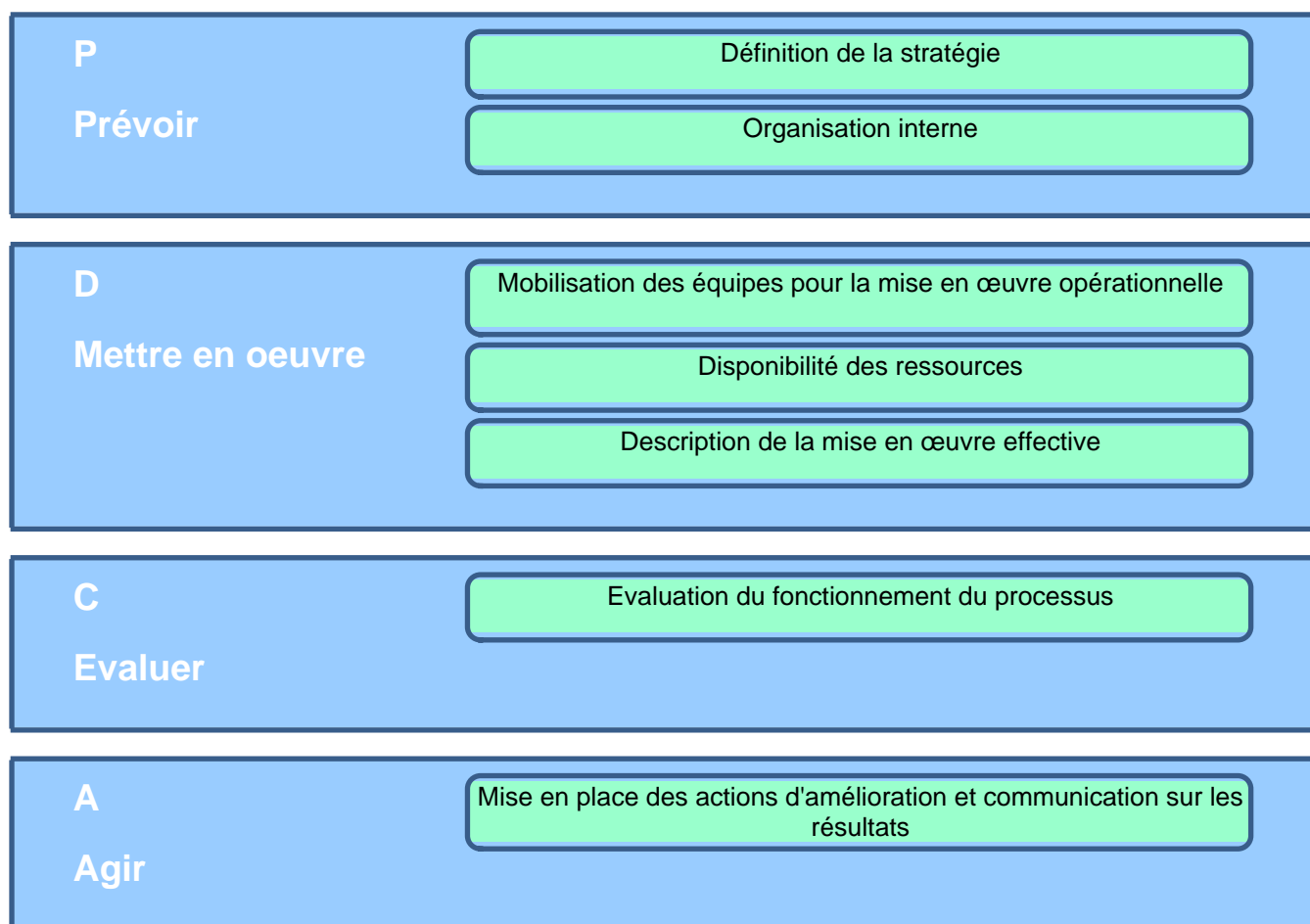
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les éléments et les objectifs du parcours patient sont déclinés dans différents documents : le projet d'établissement 2010-2014, le projet 2015-2019 en cours de finalisation, le CPOM après négociation avec l'ARS. Le projet de la communauté hospitalière de territoire contient également des items sur le parcours patient. Une analyse de patientèle a été réalisée en interne, et au niveau départementale, afin de répondre aux besoins de la population vendéenne. Des objectifs d'amélioration ont été définis ainsi que des mesures de traitement des risques liés aux parcours des patients. Le compte qualité est issu du PAQSS. Un pré-projet d'établissement 2015-2019 a été présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie en interne pour assurer l'adéquation des ressources en compétences professionnelles aux besoins des prises en charge. Quatre médecins (dont un poste vacant) interviennent dans les services, SSR, soins palliatifs, médecine, SLD et UHR. La rééducation est assurée par trois kinésithérapeutes, deux ergothérapeutes, un psychomotricien, un neuropsychologue, deux diététiciennes, et un éducateur en activité physique adaptée. Les responsabilités de chaque professionnel sont définies et des fiches de postes sont en place. La direction s'assure des effectifs nécessaires en lien avec la responsable du pôle soins. Deux internes de médecine sont présent six mois dans l'année. Les compétences professionnelles sont développées dans le cadre du plan de formation, et de la promotion professionnelle, en particulier sur la prise en charge palliative. Dix personnes ont un DU de soins palliatifs.

Cependant, l'établissement n'a pas défini le dispositif de prise en charge du risque suicidaire. Le personnel des services concernés a une connaissance empirique des mesures à prendre en cas de risque suicidaire, leurs formation de base y prépare, mais il n'y a pas eu de formation spécifique sur l'identification du risque suicidaire, ni d'organisation prévu lorsque le cas se présente. Il n'y a pas non plus de document ressource (procédure, protocole) sur ce thème. Pour autant, la prise en compte du risque suicidaire est effectif. Lorsque le cas se présente, les psychologues sur l'ensemble des secteurs interviennent (psychologues cliniciennes et neuro-psychologues), elles utilisent leurs propres outils d'évaluation. Des outils sont à disposition dans l'établissement (type Mobiqua).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés et des besoins, les responsables de chaque service organisent la déclinaison des objectifs définis par l'institution. La responsable qualité, avec l'aide des pilotes de processus, des référents par thématiques, et des cadres met en place les objectifs et plans d'actions opérationnels. L'ensemble des professionnels des services interrogés durant la visite avaient connaissance du programme qualité et des actions d'amélioration à mettre en place dans leur service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel sont suivis par la direction et les responsables des services. Une réunion « effectif » hebdomadaire est en place. Des indicateurs de ressources humaines (taux d'absentéisme, turn over) sont suivis régulièrement. La direction considère la formation du personnel comme un axe prioritaire (dix DU en soins palliatifs). La gestion documentaire informatisée est accessible et connue par les professionnels rencontrés durant la visite. En place depuis plusieurs années, la gestion documentaire est utilisée régulièrement par le personnel. Un journal interne en version papier est également disponible. Le matériel dont dispose l'établissement est adapté à la prise en charge des patients accueillis dans l'établissement (personnes âgées). Des lits à hauteur variables, avec position fauteuils sont en place dans l'unité d'hospitalisation renforcée ainsi qu'un espace Snozelen. Des rails lève-personne équipent l'unité de long séjour. Des verticalisateurs et lève personnes nomades sont à disposition dans tous les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque service met en œuvre l'organisation prévue par les responsables de l'établissement. L'accueil est réalisé par le service des entrées, qui remet au patient le livret d'accueil. Arrivé dans le service, le patient est accueilli par l'infirmière, ou l'aide soignante, la désignation de la personne de confiance lui est expliquée et demandée, ainsi que la personne référente pour les patients non communiquant. Le médecin rencontre le patient le jour de son arrivée (dans les deux heures suivant l'entrée). Le projet de soins est élaboré par le médecin de chaque service, en collaboration avec l'équipe de soins, et les rééducateurs. Ce projet est réévalué à chaque réunion hebdomadaire pluridisciplinaire en SSR, et trois fois par semaine en médecine, et quotidien en soins palliatifs. La réflexion bénéfice risque est abordé pour chaque situation

le nécessitant par le médecin du service concerné. La traçabilité de la réflexion a été retrouvée dans les dossiers consultés. La coordination entre le personnel de rééducation et les équipes soignantes est organisée (planification quotidienne des soins pour chaque patient concerné). La permanence des soins est assurée 24h sur 24, et une astreinte médicale est en place 7 jours sur 7.
L'ensemble du personnel soignant est formé aux gestes d'urgences, avec un suivi planifié des formations. La prise en compte du risque suicidaire est effectif même sans dispositif défini.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à la sortie, ou une fois par an en USLD. Le taux de retour est de 70%. L'organisation est sous la responsabilité du personnel de l'accueil. La responsable qualité suit des indicateurs (items des bilans de CRUQPC, d'identitovigilance, et de l'EPP personne de confiance). L'établissement recueille les IPAQSS y compris en court séjour (non obligatoire).

A / AGIR

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

L'analyse des résultats de ces indicateurs par la responsable qualité donne lieu à des actions d'amélioration en rapport avec les risques potentiels, ou la baisse de résultats. Ce qui modifie régulièrement le programme d'actions institutionnel. Des outils de communication sont en place. Il s'agit du journal interne, d'un écran dans le hall d'entrée, et de panneaux d'affichage dans les services. La responsable qualité se déplace dans les services pour informer le personnel.

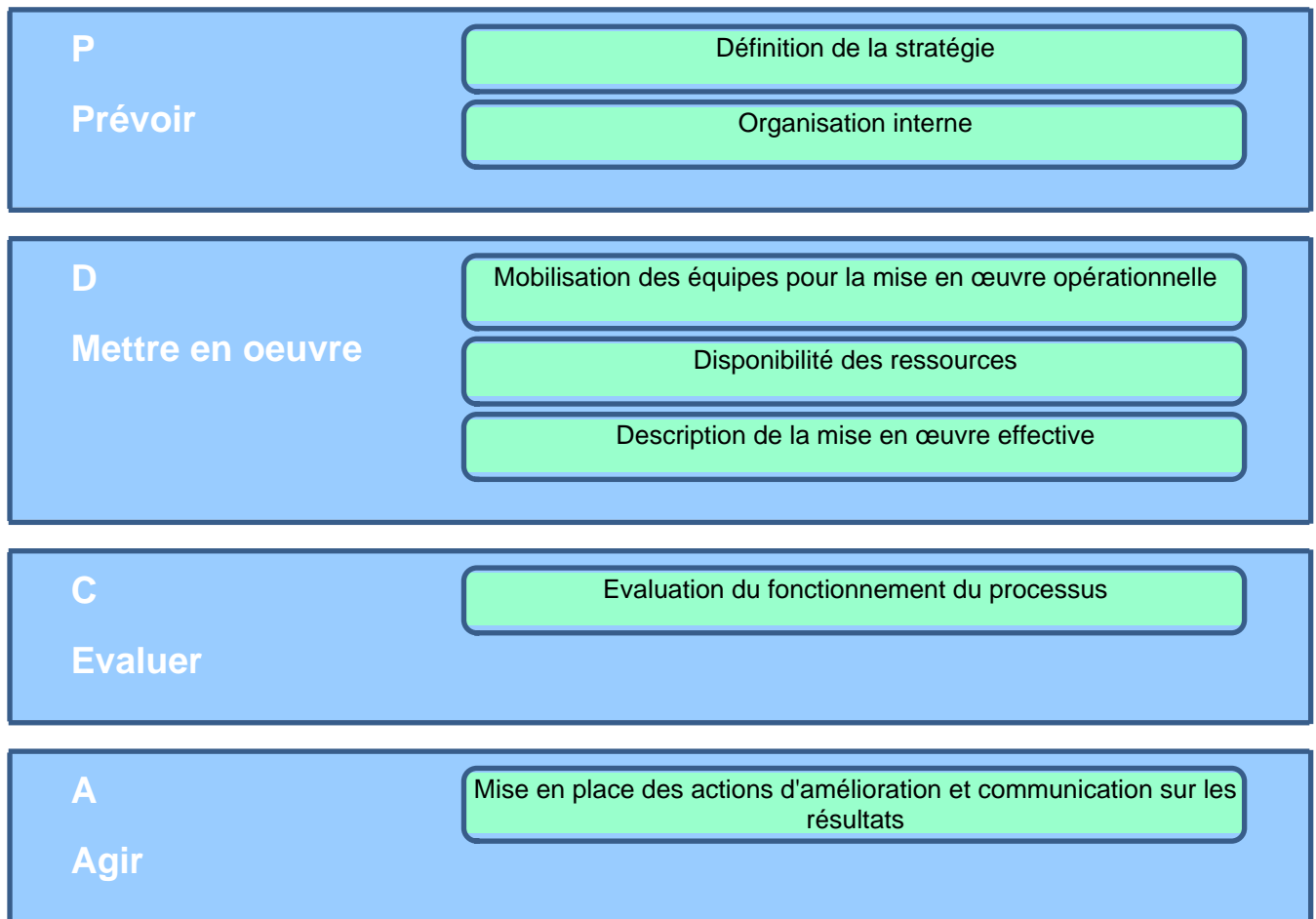
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est inscrite dans le CPOM 2012-2017. Les objectifs stratégiques ont été définis à partir de l'analyse des besoins et des risques. Ils sont déclinés en actions relatives à l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier et à l'optimisation des systèmes d'information notamment la sécurité des données informatiques.

ORGANISATION INTERNE

Depuis 2012, le logiciel dossier patient actuel est déployé dans tous les services, quelques éléments sont encore gérés en mode papier.

La procédure de gestion du dossier patient a été actualisée et diffusée en mai 2015. Y sont intégrées les modalités de tenue et gestion des dossiers papier et informatique de la création à l'archivage. Les dispositions législatives standard et spécifiques relatives à l'accès du patient à son dossier sont également inscrites dans cette procédure. Un dossier est créé pour tout patient lors de sa 1ère venue dans l'établissement et est alimenté au fur et à mesure des venues. Les différentes venues sont intégrées dans le dossier unique. Les règles de constitution, de bonne tenue du dossier et d'accès du patient aux données le concernant sont connues et appliquées par les professionnels.

Pendant le séjour du patient, les documents papier sont conservés et classés dans un classeur, dans le service concerné. A la sortie, tous les documents papier sont vérifiés et identifiés avec l'étiquette patient et classés dans le support unique. A chaque venue l'intégralité du dossier est sortie des archives.

Un groupe de pilotage pluridisciplinaire (informaticiens, médecin, paramédicaux) est chargé de veiller au bon fonctionnement du dossier patient informatisé et de proposer des améliorations de l'outil. Il se réunit à minima 1 fois par semestre afin de suivre les évolutions du logiciel. Les missions des membres du groupe de pilotage appelés « référents métiers » sont formalisées dans un document.

Les événements indésirables sur le fonctionnement du logiciel sont gérés par les informaticiens en lien avec la hot lin. En effet, une astreinte informatique 24h/24h est organisée et les informaticiens interviennent si l'administrateur d'astreinte n'arrive pas à résoudre le problème.

La gestion documentaire informatisée de l'établissement met à disposition des utilisateurs les procédures relatives à l'utilisation du logiciel pour chaque catégorie de professionnels et la procédure interne de gestion du dossier patient informatisé et papier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses besoins et des risques identifiés l'établissement décline la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Tous les secteurs d'activité étant dotés du même logiciel, chaque secteur d'activité médecine, SSR, SLD a pour objectif de développer les éléments de traçabilité qui lui sont propres : projet thérapeutique en SSR, projet de vie en SLD, réflexion bénéfice risque adaptée à la prise en charge comme par exemple en SLD sur les bénéfices des traitements au long cours par rapport aux effets secondaires, en SSR l'information sur les directives anticipées présentée à l'entrée à la famille.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La dotation en matériel informatiques est suffisante pour que chaque professionnel puisse disposer d'un poste à tout moment de la prise en charge. La traçabilité des soins est réalisée en temps réel.

L'établissement dispose de deux informaticiens à temps complet et d'une hot line. Une astreinte informatique 24h/24h est effective.

Le fournisseur du logiciel a mis à disposition des utilisateurs des guides d'utilisation du dossier patient qui sont consultables dans la gestion documentaire informatisée. Les droits informatiques en écriture et lecture ont été revus au niveau institutionnel en mai 2015 et formalisés dans la procédure "Traçabilité des connexions, gestion des droits, authentification". Le service informatique gère les droits en fonction du profil de l'utilisateur et du service dans lequel celui-ci intervient. Leur mise à jour est assurée.

A chaque étage un référent dossier patient a été nommé. Ils forment les nouveaux arrivants à l'utilisation du dossier patient et informent et forment le personnel à chaque nouvelle version. Ils sont aidés dans cette tâche par les informaticiens.

Les médecins et le pharmacien sont spécifiquement formés par le fournisseur du logiciel et par l'informaticien à chaque nouvelle version concernant la prescription.

Une procédure de gestion des plaintes et réclamations est formalisée et opérationnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le logiciel dossier de soins informatisé permet l'horodatage précis et nominatif pour l'intervention de chaque professionnel dans l'onglet qui lui est spécifiquement dédié : médecin, kiné, IDE et ASD, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale....

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile.

Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas de panne du système informatique. Le plan de reprise d'activité et la procédure en mode dégradée sont formalisés et connus de professionnels.

La procédure d'accès du patient à son dossier est connue et appliquée par les professionnels. Les délais de transmission de dossiers sont conformes à la réglementation.

Les plaintes et réclamations et les demandes d'accès au dossier sont présentées à la CRU. Les délais de réponse sont suivis en lien avec cette instance. L'accès au dossier patient est sécurisé.

Les dossiers papier sont conservés dans le local dédié aux archives médicales. Les règles de conservation et de traçabilité de mouvements sont détaillées dans le "guide d'utilisation du listing des archives".

Une fois par an la TIM : contrôle de l'exhaustivité et du respect des règles d'archivage. Pour le groupe de pilotage et les professionnels de terrain rencontrés, les objectifs principaux, issus de la politique de l'établissement, résident dans l'amélioration de l'outil informatique et des traçabilités de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs nationaux en SSR.

Compte tenu de l'activité de l'unité de courte durée, le nombre de séjours n'a pas été suffisant pour que l'indicateur soit recueilli officiellement en MCO. L'établissement a mis en place une organisation permettant de suivre en continu cet indicateur dans tous les secteurs d'activité. Ainsi, mensuellement la TIM évalue l'indicateur tenu du dossier patient (IPAQSS hors protocole) sur un échantillon de dossiers de médecine et de SSR. Les résultats sont globalisés pour l'année et comparés avec l'année précédente.

En 2014 en SLD, cette évaluation a été réalisée par une IDE.

L'archivage des dossiers fait l'objet d'une évaluation annuelle. La TIM contrôle l'exhaustivité et le respect des règles d'archivage du dossier papier en MCO et SSR. Les cas de non-conformité sont traités immédiatement. En SLD ce contrôle est assuré par les secrétaires médicales. Le contrôle de janvier 2014 portait sur les dossiers retrouvés et conformes.

A / AGIR

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

Suite aux derniers résultats des évaluations 2014 des actions d'amélioration de la tenue du dossier ont été mises en place. Ainsi pour améliorer le taux de conformité du délai d'envoi du courrier d'hospitalisation, en fonction du type de prise en charge, au niveau du secrétariat médical un listing par médecin des patients sortants sans CR est affiché. Les médecins le consultent quotidiennement. Les secrétaires sont chargées de contacter les médecins pour leur rappeler les CRH à faire dans les délais.

Les résultats des évaluations ont fait l'objet d'une communication à l'ensemble de l'établissement. Ils sont affichés dans toutes les infirmeries et sont diffusés sur le canal interne de l'hôpital.

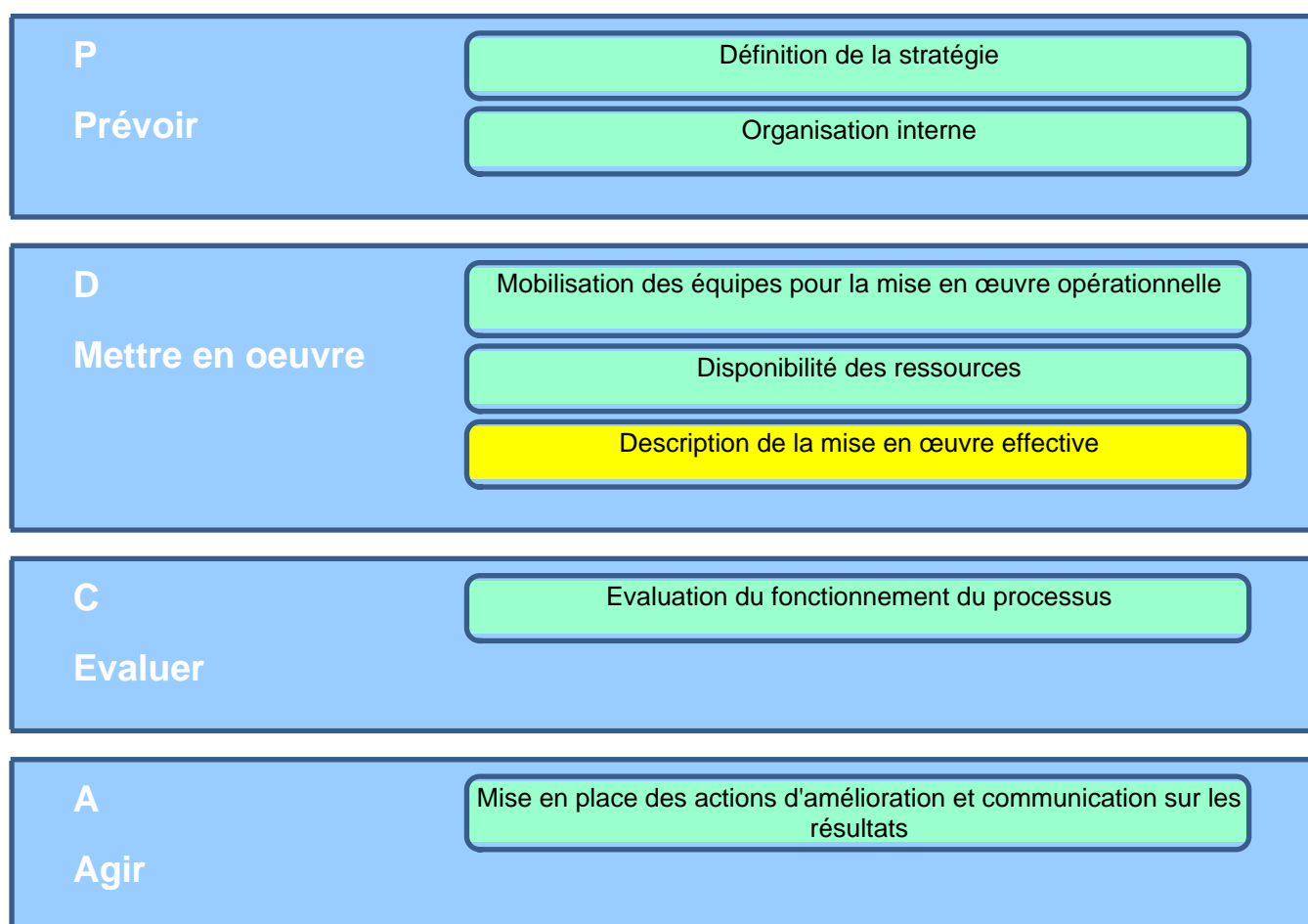
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de prise en charge médicamenteuse a été spécifiquement formalisée en 2015. La politique générale de la qualité et Gestion des risques intègre les objectifs énoncés dans la politique dédiée. L'établissement a signé un CBUM 2013-2017. Les objectifs qui étaient inscrits ont été repris dans la politique. Les actions qui en découlent sont en lien avec l'analyse des besoins et la gestion des risques. Les indicateurs notamment l'informatisation et le nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique sont en place.

ORGANISATION INTERNE

La pharmacienne et le médecin Président de CME pilotent le processus de management du circuit du médicament. Les différentes étapes du circuit du médicament de la dispensation à l'administration sont formalisées et répondent aux exigences de l'arrêté de 2011. Les documents sont consultables dans la gestion documentaire de l'établissement. Ils ont été actualisés ou rédigés dans leur intégralité courant 2015. Depuis janvier 2015, la pharmacienne a été nommée Responsable de la prise en charge médicamenteuse. Ses responsabilités sont détaillées dans sa fiche de poste. La fiche de poste du préparateur en pharmacie décrit ses missions et ses responsabilités. Le COMEDIMS est opérationnel. Ses membres suivent l'état d'avancement du plan d'action issu de la cartographie des risques. Les procédures permettant de sécuriser toutes les étapes de la prise en charge du médicament de la prescription à l'administration sont formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action de l'établissement est issu de la cartographie des risques. Des risques prioritaires pour l'ensemble des secteurs d'activité ont été dégagés sans distinction entre les secteurs du fait de leur fonctionnement harmonisé. Les professionnels connaissent les plans d'actions et participent à leur mise en œuvre. Un système de fiches d'événements indésirables (FEI) est également en place et est utilisé par les professionnels. La pharmacienne a sensibilisé les professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses en COMEDIMS. Elle a réalisé des actions ponctuelles de sensibilisation à la déclaration de certains types d'événements comme par exemple les dysfonctionnements des dispositifs médicaux. La responsable qualité a sensibilisé les professionnels à la déclaration d'EI sur le circuit du médicament, la diversité des événements déclarés en témoigne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient est informatisé dans tous les services. Un support unique de prescriptions-administration est déployé dans toutes les unités. Ce support est intégré dans le dossier patient informatisé dans tous les services. Les règles de prescription sont en place. Sur la prescription apparaissent la DCI et le princeps. Plusieurs protocoles d'aide à la prescription pour les médecins sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée parmi lesquels un protocole spécifique d'antibiothérapie en cas d'infection urinaire chez la personne âgée. Une procédure d'antibiothérapie générale, le livret du médicament, le Vidal, sont à disposition des prescripteurs et intégrés dans le système documentaire de l'établissement. Les paramédicaux ont à disposition des documents d'aide à l'administration des formes pouvant être broyées notamment pour les personnes ayant des difficultés à avaler. Les procédures permettant de sécuriser toutes les étapes du circuit du médicament de la prescription à l'administration sont intégrées dans le système documentaire de l'établissement. L'établissement dispose d'une pharmacienne à 80 % et de 2 ETP préparatrice en pharmacie. La collaboration avec le paramédical hygiéniste est facilitée par le fait que celui-ci avait été auparavant préparateur en pharmacie, ses compétences étant utiles notamment dans le suivi des prescriptions antibiotiques par secteurs, par molécules et sites anatomiques. La PUI est organisée, la préparation des piluliers a lieu dans ses locaux à partir de la prescription informatisée. Les substitutions, les absences et autres alertes sont signalées dans le logiciel et téléphoniquement. La pharmacienne possède la liste, validée par la direction de l'établissement, des médecins autorisés à prescrire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement dispose d'un pharmacien à 80% et de 2 ETP préparateur en pharmacie. La collaboration avec le paramédical hygiéniste est facilitée par le fait que ce professionnel était auparavant préparateur. La PUI est organisée. Les substitutions, les absences et autres alertes sont signalées dans le logiciel ou par téléphone. Cependant, la pharmacie est accessible au cadre d'astreinte en dehors des heures de présence de la pharmacienne. Cet accès est très restreint, une procédure dégradée est mise en œuvre en cas de besoin et l'accès s'effectue seulement en cas d'absolue nécessité. L'accès se fait avec traçabilité, en 2015 cette situation s'est produite 1 fois.

Les IDE tracent en temps réel l'administration des médicaments dans l'appliquet informatique, chaque chariot de soins étant doté d'un poste mobile.

Le transport des médicaments vers les unités de soins est réalisé dans des chariots sécurisés.

Le taux de validation des prescriptions par le pharmacien est de 100%.

La pharmacie et les infirmeries sont dotées de coffres pour les stupéfiants verrouillés par code. Ils sont contrôlés par la pharmacienne hebdomadairement. En service de soins palliatifs un contrôle renforcé a été mis en place ; une IDE contrôle les mouvements de stupéfiants quotidiennement.

Les bonnes pratiques sont mises en œuvre pour les médicaments broyés.

Les stocks minimum sont définis entre la pharmacie et les professionnels des services. Ils sont inscrits sur les bons de commande de chaque service et réajustés en fonction des besoins.

Il existe un pilulier pour chaque jour de la semaine sur lequel est apposée l'étiquette du patient. A chaque prise les IDE vérifient que le traitement préparé par la pharmacie est conforme à la prescription.

La gestion des périmés de l'armoire de service est réalisée en lien avec la pharmacienne. Les médicaments périmés suivent le circuit des DASRI. Les procédures sont connues des professionnels.

Le pharmacien a accès aux données cliniques du patient et aux résultats biologiques.

La gestion du traitement personnel du patient est organisée. Les médicaments personnels du patient lui sont retirés et sont conservés dans l'armoire à pharmacie du service. Ils lui sont restitués à son départ.

La dispensation des médicaments est hebdomadaire et nominative avec des réajustements quotidiens en semaine effectués par la pharmacie. Les piluliers sont remontés dans les services après l'analyse et la validation pharmaceutique des traitements.

Pour les injectables des dotations globales par service sont établies.

La gestion des périmés est réalisée par une IDE tous les 6 mois avec traçabilité. Les médicaments qui arrivent à la péremption dans le délai de 6 mois sont signalées aux IDE par une pastille afin que celles-ci puissent les éliminer au fur et à mesure.

Les sacs d'urgence sont vérifiés par les IDE de chaque service mensuellement avec traçabilité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'y a pas eu un audit global du circuit du médicament. Néanmoins, en 2014, un groupe de travail dédié a identifié et priorisé les risques pour chaque étape du circuit et un plan d'action a été défini.

Une évaluation de l'administration du médicament a été réalisée en 2015 dans tous les services, les résultats ont été présentés en CME, COVIRIS, CRU, CSIRMT.

En 2014, une EPP a eu pour thème. L'évaluation du niveau de conformité du stock de médicaments détenu au 1^o étage au regard du livret thérapeutique.

Après la préparation des piluliers par les préparatrices en pharmacie, la pharmacienne contrôle par sondage leur conformité à la prescription.

Les événements indésirables font l'objet d'un bilan mensuel et sont traités en lien avec le cadre du service, la pharmacienne et les professionnels concernés.

A / AGIR

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

La communication de l'état d'avancement du plan d'action issu de la cartographie des risques est effectuée en COMEDIMS. Les membres du COMEDIMS font part aux équipes. Pour certaines actions l'information comme par exemple l'actualisation du livret thérapeutique est en plus transmise par mail aux IDE et affichée dans l'infirmerie. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans les infirmeries et sont diffusés sur le canal interne de l'établissement.

Le plan global d'actions est disponible sur la gestion documentaire informatisée.