



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER HENRI DUNANT

29 rue Henri Dunant

58400 LA CHARITÉ SUR LOIRE

JUIN 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	34

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER HENRI DUNANT	
Adresse	29 rue henri dunant 58400 La Charite Sur Loire
Département / région	NIEVRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Centre Hospitalier
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	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maughey 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	580781136	CH HENRI DUNANT LA CHARITE-SUR-LOIRE	29 r henri dunant Bp 138 58405 La Charite-Sur-Loire
Etablissement de santé	580972644	CENTRE HOSPITALIER HENRI DUNANT	29 rue henri dunant Bp 138 58400 La Charite Sur Loire
Etablissement de santé	580970994	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH DE LA CHARITE SUR LOIRE	R henri dunant 58400 La Charite-Sur-Loire

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	15	2
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	50	/

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"> - CHPL (CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOÛ) - CHC (CENTRE HOSPITALIER DE COSNE) - CHAN (CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS) - Réseau Nivernais des Acteurs du Diabète - Commune de La Charité sur Loire - Association JALMALV Nièvre Écoute et vie - Association des Amis de l'Hôpital
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Mise en place de la communauté hospitalière de territoire de la Nièvre et d'une direction commune des établissements signataires de la CHT (Prévu : courant 2016)

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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
Gestion du système d'information

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	H ou F	"Service de médecine	Pathologie chronique	Hospitalisation programmée	Patient âgé	MCO
2	"H ou F	"Service de médecine	Pathologie chronique	Hospitalisation programmée	patient en provenance de son domicile	MCO
3	"H ou F Personne âgée"	SSR	Polypathologique	Hospitalisation programmée	Patient hospitalisé en SSR	SSR
4	"H ou F Personne âgée "	Unité de Soins de Longue Durée	Polypathologique	Hospitalisation programmée	Soins palliatifs	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

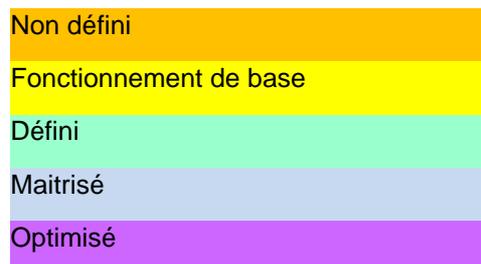
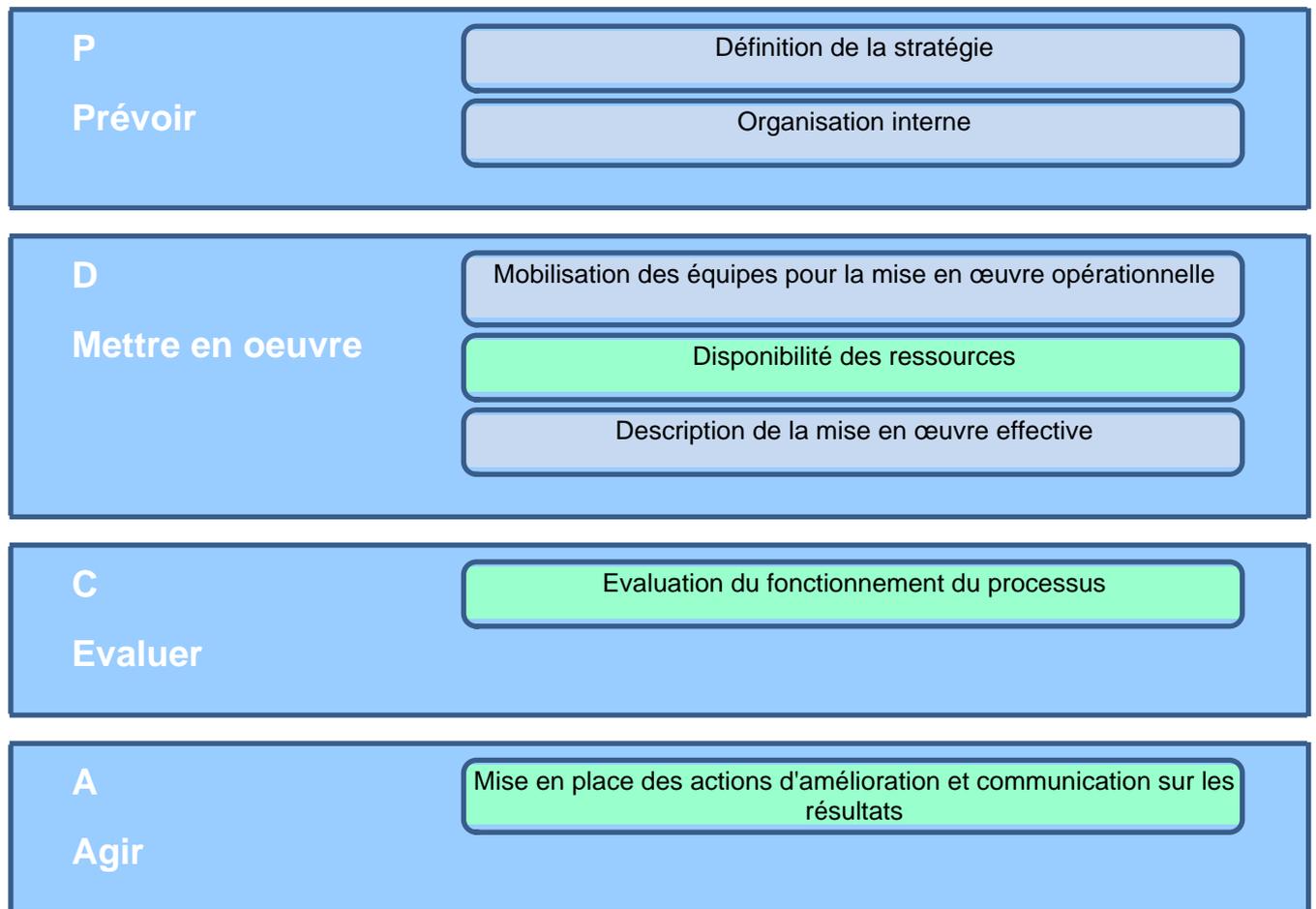
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques est formalisée dans un document intitulé "Politique qualité et gestion des risques" qui a été validé le 28 mars 2014. Ce document est l'une des composantes du projet d'établissement et recouvre notamment :

- la gestion globale et coordonnée des risques
- les dispositifs de vigilance
- la politique du médicament
- le management de la qualité
- le développement durable.

Cette politique fait partie des orientations stratégiques de l'établissement (orientation numéro 6 du CPOM). La politique intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Les objectifs au nombre de quatre, sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Ils concernent la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les secteurs de soins, la politique globale de gestion des vigilances et des risques, la prise en compte des droits des usagers et de la gestion des plaintes ainsi que la démarche de développement durable. La cartographie des risques prend en compte la totalité des processus. Cette cartographie des risques figure dans le compte qualité établi en juillet 2015 qui a fait l'objet de 9 groupes de travail. Les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions. Le compte qualité reprend les risques jugés prioritaires du plan d'action qualité. La stratégie mise en place permet de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion de la qualité et gestion des risques est assuré à la fois par le médecin chef de service SLD et présidente de la CME ainsi que par le responsable qualité. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées. L'organisation du processus est assurée par le comité qualité et gestion des risques qui assure le pilotage. Les rôles et responsabilités des professionnels sont identifiés et formalisés dans un organigramme. Il existe une stratégie concourant à impliquer et sensibiliser les professionnels en associant les cadres et les représentants du personnel ainsi qu'au moyen du journal et par affichage. La commission EPP est une sous-commission de la CME. Un tableau de bord des EPP permet d'assurer le suivi du déploiement de ces EPP. La commission des relations avec les usagers assure le lien avec les représentants des usagers. La gestion documentaire est placée sur le réseau commun à la disposition de l'ensemble des personnels qui ont ainsi accès aux procédures et protocoles nécessaires à l'exercice de leurs activités. Les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs sont fixés. La gestion des interfaces est organisée. Le plan de formation prend en compte les besoins de l'établissement. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé par une procédure revue en Septembre 2015. Une information est réalisée dans le livret d'accueil. Une procédure de signalement des événements indésirables décrit le processus de déclaration ainsi que la méthode d'analyse et de traitement. Deux fiches de déclarations sont mises à disposition des personnels : une fiche d'événement indésirable et une fiche de chute. La déclaration des événements indésirables et des chutes est organisée (imprimés). Une procédure indique également le fonctionnement du comité de retour d'expérience qui traite les événements indésirables graves ou prioritaires. 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

L'établissement a mobilisé les professionnels autour de groupes de travail animés par les pilotes de processus afin d'élaborer le compte qualité. La cartographie des risques a été établie avec une vision processus. Sept risques ont été identifiés pour cette thématique et ont été repris dans le compte qualité. La participation des représentants des usagers est effective dans certains groupes de travail mis en place entre mars et juin 2015. L'établissement établit un programme d'actions avec des responsables identifiés et un échéancier. Le programme est décliné par secteur d'activité. Ce programme est élaboré en fonction des évolutions réglementaires et des orientations fixées par les autorités, les données propres à la vie de l'établissement, l'expression des usagers et les rapports et recommandations. Les objectifs du programme sont fixés en cohérence avec les orientations stratégiques. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions réglementaires. Des actions de communications sont mises en œuvre afin de sensibiliser les professionnels. Les actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Le CREX se réunit en moyenne

tous les deux mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel. Les personnels ont tous accès aux documents sur le réseau commun de l'établissement. Le responsable qualité assure le management de la qualité et gestion des risques au sein de l'établissement. Les locaux sont adaptés au mode de prise en charge. Les ressources matérielles permettent d'assurer sa mission à l'établissement. La gestion documentaire est accessible par l'ensemble des professionnels. Les personnels sont formés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle et permet ainsi leur hiérarchisation. La cartographie des risques reprend la fréquence et la gravité déterminant ainsi la priorité. La déclinaison du programme est structurée. La coordination des dispositifs des vigilances, de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et gestion des risques est assurée. La gestion de crise est formalisée avec le plan Blanc. Une cartographie des risques permet une démarche d'évaluation des risques à priori, leur hiérarchisation et la détermination des modalités de leur traitement. Les démarches EPP sont suivies par la sous-commission de la CME. Neuf EPP sont suivies sur un tableau de bord et concernent les contentions, la douleur, l'antibiothérapie, les transfusions, la maltraitance, le risque suicidaire, la dénutrition et les chutes. Les plaintes et réclamations sont recueillies par la direction de l'établissement. Elles sont présentées à la CRU et font l'objet d'un plan d'actions. Le signalement des événements indésirables est réalisé sur un support « papier ». Les fiches de signalement sont remises aux cadres ou aux chefs de service qui les transmettent au responsable qualité pour traitement. Un bilan est réalisé annuellement. Celui de l'année 2014 met en évidence des résultats statistiques très détaillés. Un rapport d'activité du comité de retour d'expériences est également établi chaque année.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du management de la qualité et de la gestion des risques sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Un questionnaire de satisfaction détaillé est remis au patient avec le livret d'accueil. Le taux de retour de questionnaires était de 37,50% en 2014.

Les résultats sont présentés à la CRU sous forme de tableau détaillé par service de soins. D'autres enquêtes sont parfois réalisées de façon ponctuelle. Des audits sont réalisés selon un planning prévisionnel. Des indicateurs opérationnels liés aux enquêtes de satisfaction sont suivis dans un tableau de bord. Il s'agit notamment du taux de retour des questionnaires ou du taux de satisfaction concernant notamment l'hygiène ou la restauration. L'évaluation des pratiques professionnelles est suivie sur le tableau de bord EPP.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction permet de déterminer des axes prioritaires d'amélioration qui sont décrits dans le rapport annuel de la CRU. Un bilan de la démarche qualité gestion des risques est réalisé chaque année. Le programme et la politique qualité sont réajustés en fonction des évaluations qui sont menées ainsi que des résultats obtenus par rapport aux objectifs qui ont été fixés. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe auprès des instances, des professionnels et des usagers notamment par affichage mais également lors des réunions. Le programme et la politique qualité sont réajustés en fonction des évaluations qui sont menées ainsi que des résultats obtenus.

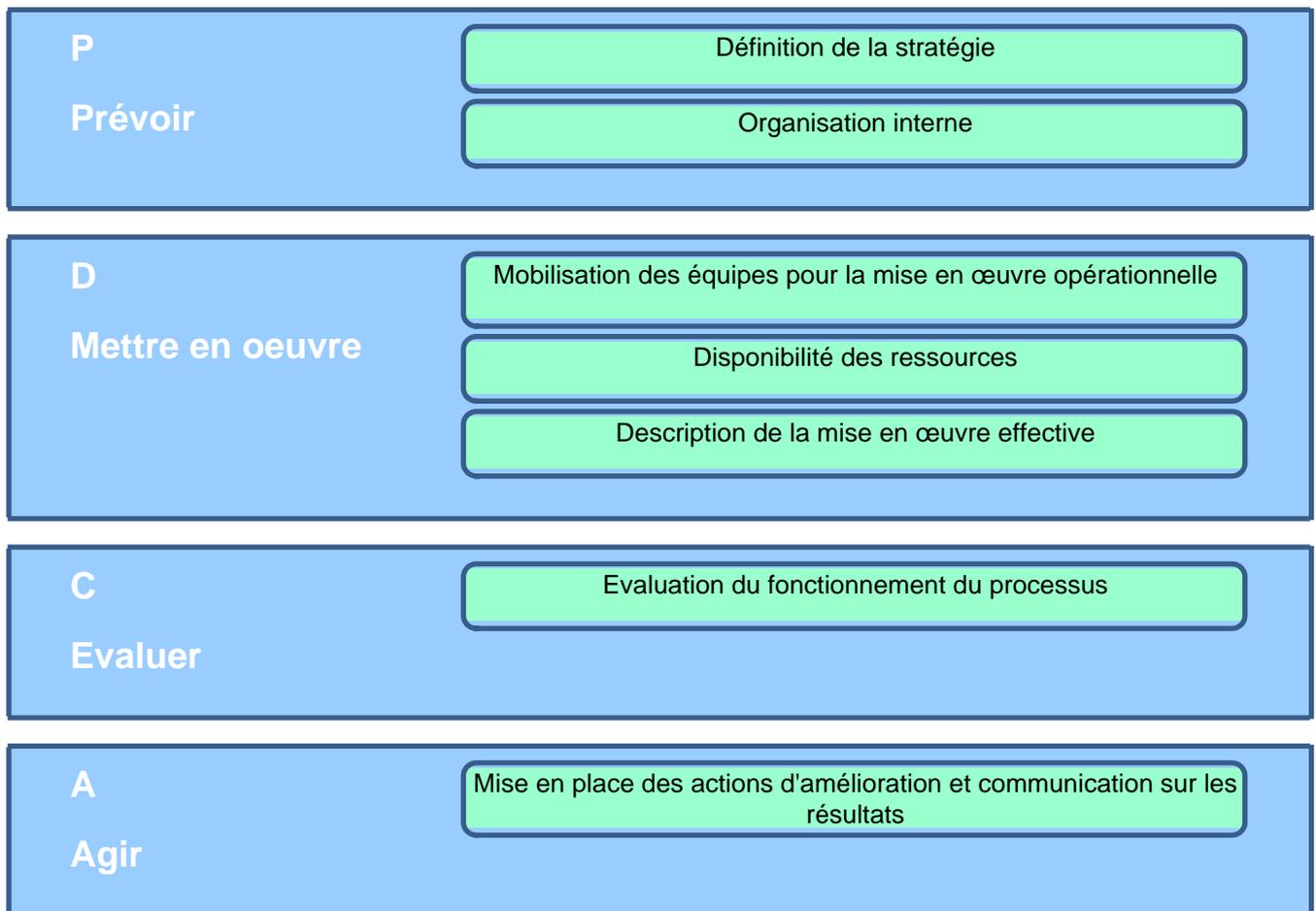
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 stratégie de l'établissement concernant le processus de gestions du risque infectieux est définie au niveau du plan d'action qualité (politique de lutte contre les infections nosocomiales) et au niveau du compte qualité (objectifs, analyse des risques, plan d'action). Cette politique concernant le processus "prise en charge du risque infectieux" a été élaborée sur la base d'une identification des besoins institutionnels et d'une analyse des risques. Les risques sont hiérarchisés. La cartographie des risques a été établie par le groupe de travail "prise en charge du risque infectieux" selon la méthodologie de la HAS. Trois risques principaux ont été retenus dans le compte qualité. Il s'agit notamment de :

- l'organisation de la prise en charge du risque infectieux,
- l'appropriation par les agents des bonnes pratiques d'hygiène,

Des objectifs et des plans d'actions issus de cette analyse sont déclinés et priorisés dans le programme d'action de l'établissement. Les responsables, les modalités de suivi et les échéanciers y sont précisés. Cette stratégie est validée par les instances (CLIN, CME, COPIL).

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du processus "gestion du risque infectieux" s'appuie sur un CLIN, une EOH, des référents hygiène, une sous commission antibiotique de la COMEDIS. Le CLIN dispose d'un règlement intérieur (en cours de révision), tient quatre réunions annuelles et publie un bilan d'activité et un plan d'actions annuel. Le président du CLIN est correspondant d'infectiologie. L'EOH départementale intervient au niveau de l'établissement par l'intermédiaire d'un praticien hygiéniste et d'une infirmière hygiéniste à temps partiel. La cellule d'hygiène a été récemment réactivée en septembre 2014. Deux référents hygiène (IDE, ASH) assurent le relais dans les différents secteurs (SSR, MCO, ULSD). L'EOH assure six réunions annuelles avec les référents hygiène. Un référent antibiothérapie est désigné (pharmacienne qui effectue un DU antibiothérapie). L'établissement dispose d'une ressource départementale et régionale en antibiothérapie, une convention est en cours de réalisation. Un dispositif de signalement et d'alerte du laboratoire permet de repérer les BMR et les situations épidémiques (téléphone fax). Des procédures d'antibiothérapie pour les situations les plus fréquentes (infections urinaires, respiratoires, générale) sont en place. Elles précisent les protocoles de premières intention, les modalités de prescription, de réévaluation. Un livret thérapeutique est mis en place par la pharmacienne. 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'actions opérationnels sont établis. L'EOH assure une mission de surveillance environnementale (contrôle bactériologique des textiles, prélèvement d'eau au niveau de la balnéothérapie, prélèvements de surface, contrôle de potabilité, recherche des légionelles avec suivi des points contaminés et des mesures correctives). Les référents hygiène présents dans chaque secteur assurent la transmission de l'information avec l'EOH. L'infirmière hygiéniste et les cadres de santé s'assurent sur le terrain de la conformité des pratiques d'hygiène. La gestion documentaire est en place. Une campagne de remise à jour des protocoles et fiches techniques est en cours de réalisation par l'EOH. Les événements indésirables font l'objet d'un recueil (FEI) et d'un traitement au niveau de l'EOH et du RAQ, voire de la réalisation d'une CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels se sont appropriés la documentation mise à leur disposition pour prévenir le risque infectieux. Différents protocoles et fiches techniques pour assurer l'hygiène des locaux sont opérationnels. Ils font l'objet d'une actualisation par l'EOH et sont validés par le CLIN. Des formations spécifiques (hygiène des mains, utilisation des gants à usage unique, formation des nouveaux personnels....) sont réalisées. Des actions de communication sur l'hygiène sont organisées par voie d'affichage. Une sensibilisation des équipes par le biais des référents hygiène dans les différents secteurs est réelle. La formation des praticiens à l'antibiothérapie est réalisée lors des réunions de collège médical hebdomadaire, de la sous commission antibiotique, et au moyen de notes ou lors de réunions spécifiques organisées par la pharmacienne.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des formations spécifiques (hygiène des mains, utilisation des gants à usage unique, formation des

nouveaux personnels...) sont réalisées. Des actions de communication sur l'hygiène sont organisées par voie d'affichage. Une sensibilisation des équipes par le biais des référents hygiène dans les différents secteurs est réelle. La formation des praticiens à l'antibiothérapie est réalisée lors des réunions de collège médical hebdomadaire, de la sous commission antibiotique, et au moyen de notes ou lors de réunions spécifiques organisées par la pharmacienne. Les réunions de formation effectuées font l'objet d'un suivi (compte rendu feuille de présence). Le CLIN est opérationnel (4 réunions annuelles, bilan d'activité). L'établissement participe à des activités d'échange d'information au niveau des cellules départementales et régionales d'hygiène et du CLIN. Annuellement un bilan d'activité et un plan d'action sont élaborés. L'établissement a participé à un comité de pilotage EBOLA avec des centres hospitaliers voisins. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure est tracée dans le dossier informatisé du traitement du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation afin de vérifier le fonctionnement du processus est en place. Elle s'appuie sur un recueil et le suivi d'indicateurs (ICALIN, ICSHA, ICATB, ICA BMR, consommation mensuelle des antibiotiques, AES...), la réalisation d'audit et EPP (gestion des excréta, infections urinaires). Un bilan de l'écologie microbienne (fréquence, sensibilité aux antibiotiques) et un suivi de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes a été réalisé en 2014. Annuellement, un bilan d'activité et un plan d'action sont élaborés.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats d'indicateurs ont fait l'objet d'une analyse des causes. Des mesures d'efficacité immédiate ont été prises et un plan d'action à plus long terme est mis en route. La communication des résultats est faite au niveau des différentes instances (CME, COPIL-GDR, CLIN, COMEDIS...). Elle s'adresse par ailleurs au niveau des professionnels par l'affichage, le journal, interne, l'intranet, ainsi que la diffusion orale lors des réunions de travail ou des staffs hebdomadaires.

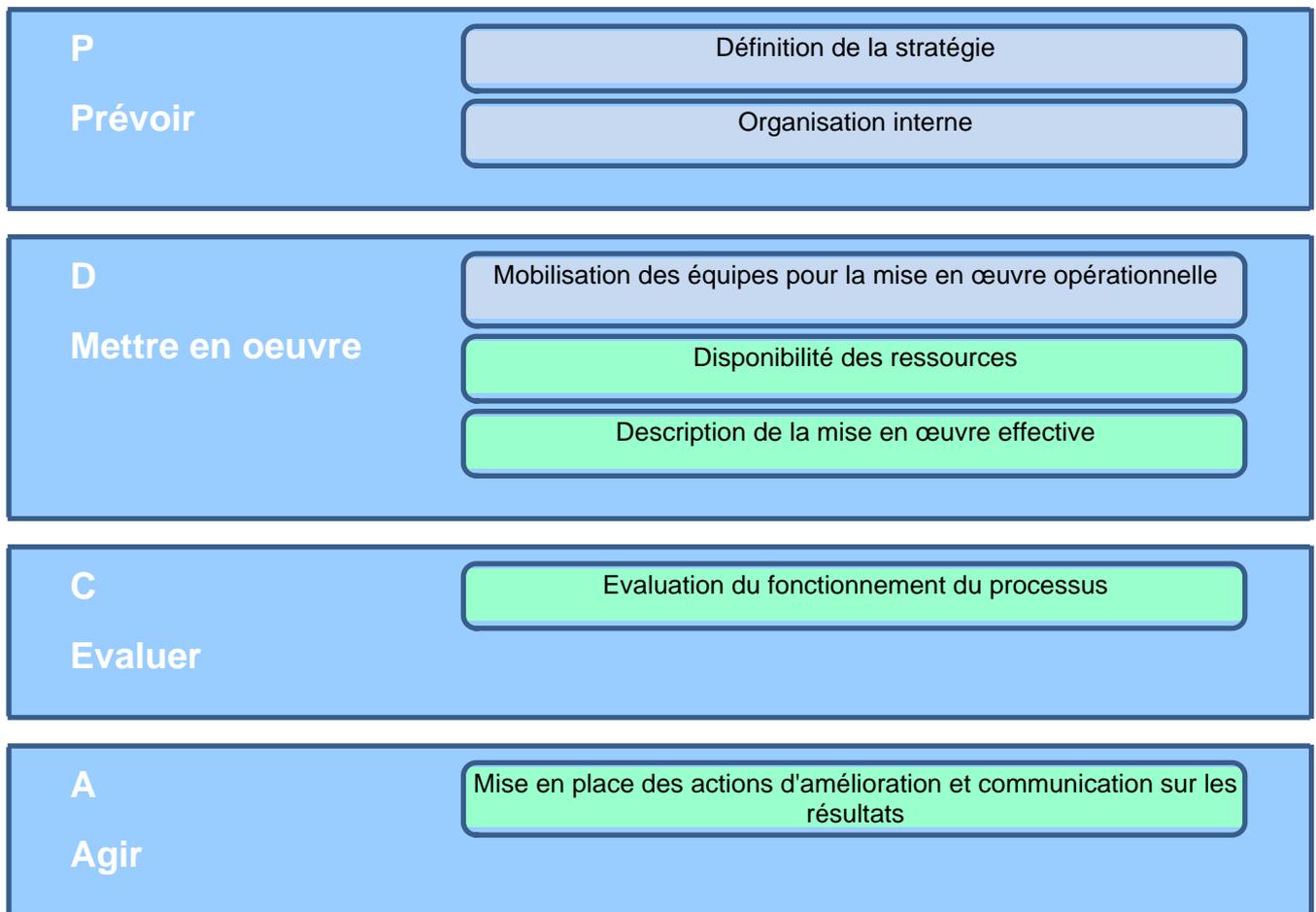
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant les droits des patients a été élaborée sur la base d'une identification des besoins institutionnels et d'une analyse des risques (objectif 3 de la politique qualité et gestion des risques). Par ailleurs, les items concernant les droits des patients font partie du projet médical du projet d'établissement. Une cartographie des risques a été établie pour les droits des patients par le groupe de travail numéro 8 chargé de l'élaboration du compte qualité. Six risques principaux figurent dans le compte qualité. Les risques sont hiérarchisés. Ils concernent notamment l'information du patient sur son projet de soins et ses droits, la maltraitance, la dignité et l'intimité et l'information du patient en cas de dommages liés aux soins. Les objectifs ainsi que les plans d'action sont adaptés aux données issues de l'analyse et sont déclinés dans le programme institutionnel d'actions. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. Ces droits sont également pris en compte dans le livret d'accueil du patient et dans celui du personnel. La charte des patients hospitalisés est affichée dans l'établissement. Par ailleurs, les items concernant les droits des patients font partie du projet médical et du projet de soins du projet d'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par l'adjoite des cadres, chargée des affaires générales du centre hospitalier ainsi que par la cadre de santé du pôle gériatrique, cadre du service SLD. Les personnes sont désignées et les missions sont bien identifiées. Les locaux sont aménagés pour promouvoir le respect des patients (dignité, confidentialité, intimité). Le plan de formation 2015 a pris en compte notamment la promotion de la bientraitance, la maltraitance ou le risque suicidaire. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte les actions d'améliorations avec un échéancier. Le bilan de la CRUQPC est présenté aux instances. Des actions de communication sur la bientraitance sont assurées par les cadres pour sensibiliser les professionnels. Une procédure est en place pour en assurer un signalement éventuel. Le livret d'accueil du personnel comporte une partie sur le respect de la confidentialité, les droits du patient et les devoirs du personnel. Il existe un protocole de signalement des situations de maltraitance envers les personnes accueillies ainsi qu'un protocole intitulé « prendre soin dans la bientraitance ». Des modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées par la fiche de signalement des événements indésirables. Une procédure concernant l'information du patient et notamment en cas de dommage lié aux soins a été revue en septembre 2015. Elle décrit les modalités d'organisation de l'annonce en cas de dommage lié aux soins. Des actions de communication sont également organisées auprès des patients : livret d'accueil, informations lors de l'entrée par l'infirmière du service portant notamment sur les thèmes relatifs aux droits des patients. 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. L'établissement est engagé dans la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Une charte de bientraitance traduit cet engagement auprès des professionnels et des patients. Le respect et la dignité des patients lors des soins est assurée notamment par la mise en place de paravents ou écrans dans les chambres à deux lits pour préserver l'intimité des patients. Les actions d'amélioration sont identifiées dans le plan d'actions. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Une équipe mobile de soins palliatifs intervient dans l'établissement si besoin. Les déclarations des événements indésirables sont analysées. Le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients est assuré : local d'archives sécurisé, écran d'ordinateur rabattu sur le chariot de soins en l'absence du soignant. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les ressources en compétences sont présentes avec la mise à disposition de professionnels spécifiques tels que l'équipe de soins palliatifs ou l'infirmière d'un service de psychiatrie. Une infirmière du service de psychiatrie de l'hôpital Pierre Lô intervient d'ailleurs dans l'établissement chaque semaine. Des formations sont

organisées sur les droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, respect des libertés individuelles). Les procédures concernant les droits des patients sont accessibles sur le réseau informatique et éventuellement dans des classeurs en salle de soins. Les transmissions ciblées sont assurées dans une salle fermée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont réalisés. Un protocole avec le réseau Emeraude 58 (EMSP) est mis en place. Une procédure existe notamment pour le décès. La mise en œuvre de la procédure concernant la contention permet de respecter les libertés individuelles. La procédure de prescription des contentions a été mise à jour en août 2015. La contention est obligatoirement prescrite et réévaluée. Elle est tracée dans le dossier. La procédure concernant l'information du patient et notamment en cas de dommage lié aux soins est mise en œuvre. L'information du patient est tracée par le médecin dans le DPI (partie médicale). Le recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant du refus de soins est réalisé. La procédure de recueil du consentement a été mise à jour en septembre 2015. Le projet personnalisé de soins dans les services SSR et MCO et le projet de vie pour les soins de longue durée, sont réalisés avec le patient ou son entourage. Ils sont tracés dans le dossier. La traçabilité dans les dossiers a été constatée lors des vérifications terrains. Toutefois, la confidentialité concernant l'identité des patients n'est pas totalement assurée dans tous les domaines pour la prise en charge des soins de longue durée. Lors de la vérification sur le terrain en SLD. Il a été constaté que les noms des patients figuraient sur les portes des chambres dans ce secteur. En effet, les étiquettes avec les noms des patients sont apposées sur les portes des chambres de façon systématique sans recueillir l'accord du patient. Une réflexion va être menée sur ce thème avec les représentants des usagers. Ce constat a également été relevé lors de l'investigation du patient traceur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits du patient sont assurés régulièrement sur la base de recueil de questionnaires (satisfaction, sortie..) ou d'audits. Pour le secteur des soins de longue durée, le questionnaire de satisfaction est renseigné une fois par an. Les questionnaires prennent en compte les droits des patients. Ces résultats sont exprimés dans un tableau et donnent lieu à un bilan et à un plan d'amélioration si besoin. Les taux de satisfaction patient de 88 % en médecine et de 83% en SSR ont été relevés pour l'année 2015. Un questionnaire de satisfaction portant sur la douleur a révélé des taux de satisfaction de 93% en médecine et 97% en SSR pour la prise en charge de la douleur. Les éléments qualitatifs lors de l'hospitalisation sont régulièrement analysés et adaptés. L'établissement a prévu dans son plan d'action l'investigation d'un patient traceur.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations sont identifiées suite aux audits ou enquêtes de satisfaction. Les actions sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.
Les actions d'amélioration sont présentées à la CRU. La communication est organisée auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

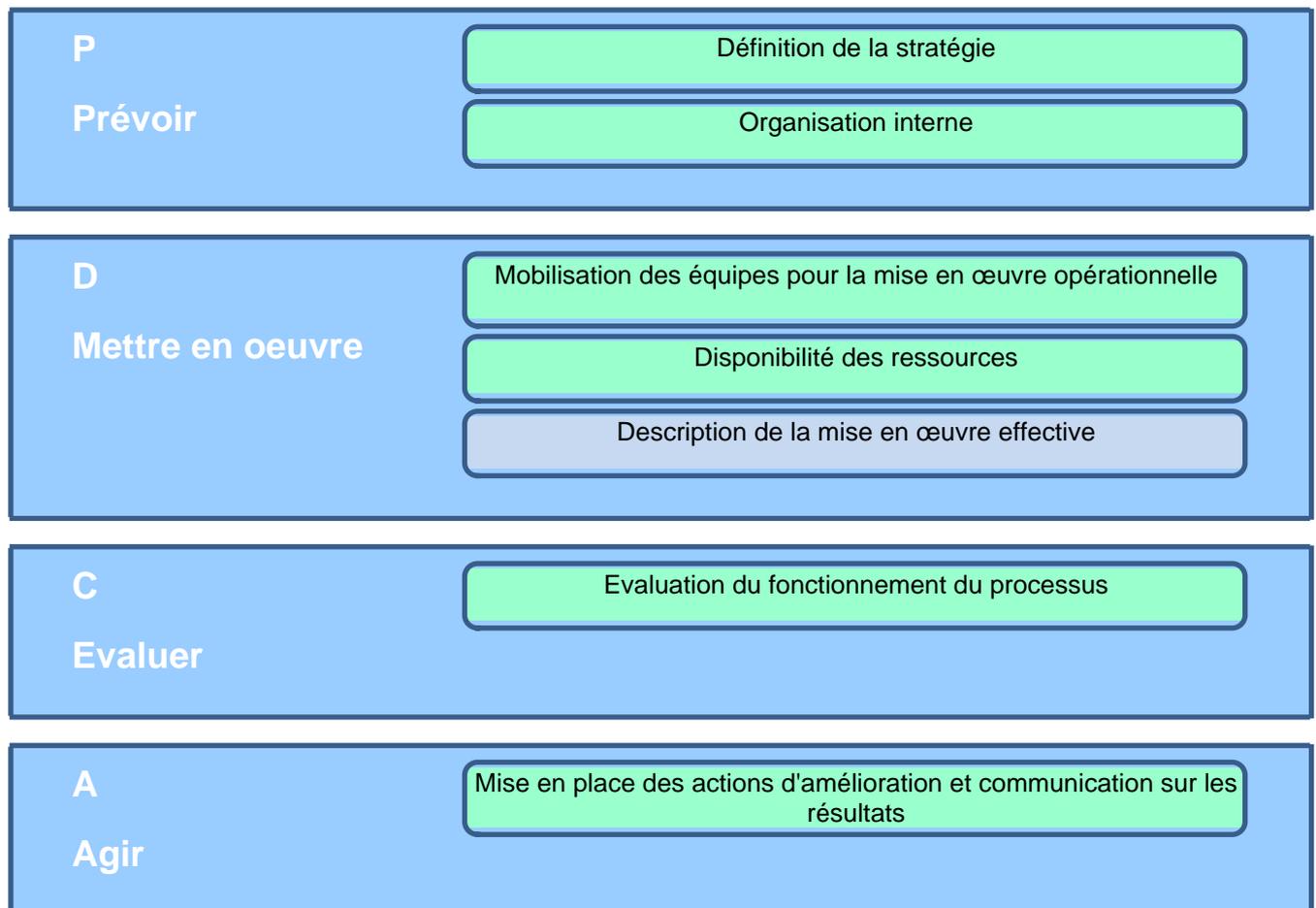
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La politique du processus parcours du patient est définie dans le projet médical d'établissement 2015-2019 et le document politique qualité et gestion des risques 2014-2018. L'établissement a défini les objectifs à entreprendre pour améliorer la prise en charge du patient et renforcer la prévention des risques liés aux soins au sein de son projet médical et de son projet de soins. Cette politique tient compte des besoins de la population, avec une offre de soins de proximité, incluse dans un parcours de soins de territoire et formalisée par des partenariats locaux. La politique concernant le processus parcours patient a été élaborée sur la base d'une identification des besoins institutionnels et d'une analyse des risques. La définition des risques a été réalisée a priori et a posteriori à partir des fiches d'événements indésirables, des indicateurs recueillis et des résultats de la précédente certification. Une cartographie des risques a été établie pour le processus parcours patient au sein de différents groupes de travail chargés de l'élaboration du compte qualité, en fonction des thématiques communes (SSR, MCO et ULSD), ou spécifiques (troubles nutritionnels, risque suicidaire, douleur, fin de vie). Les risques recensés sont détaillés et hiérarchisés dans le compte qualité. Les objectifs issus de l'analyse des risques sont déclinés dans le programme institutionnel d'actions. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les pilotes sont désignés et formés (médecin, RAQ, coordonnatrice des soins, cadre de santé). Le travail de ces groupes pluridisciplinaires (deux réunions par semaine) est réalisé à partir de la grille d'évaluation avec synthèse finale. Au 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. Les règles de présence sont définies et un système d'astreinte médicale verrouille le dispositif en assurant la permanence des soins 24h/24. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels institutionnels sont établis par secteur d'activité en déclinaison de la démarche institutionnelle. Des informations, résultats d'audits et d'enquêtes, méthodes et conseils, sont données au cours des staffs et des réunions d'équipe. Cela favorise l'implication des différents professionnels, qui, pour la plupart, sont intégrés dans des groupes de travail et/ou référents pour une thématique. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Des référents sont désignés dans les services. Les responsables s'assurent 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.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs. Des formations ont été réalisées et /ou sont prévues sur des thématiques pertinentes au regard des besoins identifiés. Un matériel adapté est mis à disposition des professionnels et de nombreux protocoles de soins et conduite à tenir sont consultables, accessibles et actualisés, en format électronique et papier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'évaluation initial du patient, dès son admission, prend en compte l'ensemble de ses besoins médicaux et le recueil infirmier. Cette évaluation initiale, ainsi que l'ensemble des prescriptions nécessaires (médicaments, examens), dès son admission, prend en compte l'ensemble de ses besoins médicaux et le recueil infirmier. Cette évaluation initiale, ainsi que l'ensemble des prescriptions nécessaires (médicaments, examens complémentaires, diététiques...) sont tracés en temps réel dans le dossier informatisé. Un projet de soins personnalisé est élaboré de manière pluridisciplinaire lors du staff hebdomadaire. Il intègre la réflexion bénéfique risque, il est tracé dans le dossier patient et fait l'objet d'une réévaluation lors du séjour.

Les différents secteurs (SSR, MCO et ULSD) connaissent l'organisation mise en place au niveau institutionnel et mettent en œuvre les procédures établies pour la prise en charge du patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnels. La traçabilité des actions

est assurée comme en témoignent le dossier patient informatisé commun à l'ensemble des secteurs. Un agenda partagé par tous les professionnels assure une coordination des soins et consultations.

Un médecin référent a en charge le patient. Si nécessaire, des avis spécialisés sont alors recherchés à l'extérieur de l'établissement. Des ressources en compétence sont présentes (équipe de soins palliatifs, infirmière psychiatrique d'un établissement voisin).

Suite à une recommandation lors de la visite précédente, l'établissement a mis en place un groupe de travail qui a élaboré une grille de recherche et a rédigé une procédure de prise en charge du risque suicidaire.

Un tableau de garde et d'astreinte médicale et administrative est en place, assurant la permanence des soins dans les différents secteurs. La prise en compte des urgences vitales est assurée. Le matériel utile est présent à tous les niveaux, le contrôle des chariots d'urgence est tracé, et le personnel est formé.

Les troubles nutritionnels font l'objet d'un dépistage tracé dans le dossier patient. Une diététicienne assure le suivi nutritionnel avec les cuisines au moyen de la commission des menus et une interface informatique.

Un médecin et une infirmière sont formés à l'éducation thérapeutique. Une prise en charge des patients diabétiques ou sous AVK est réalisée en interne.

La sortie du patient est anticipée autant que faire se peut, et est organisée avec le patient et sa famille. La transmissions des données de sortie est assurée dans les délais réglementaires et tracée en temps réel dans le dossier informatisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus dossier patient s'appuie sur un dispositif de suivi d'indicateurs (IPAQSS, hôpital numérique, questionnaire de satisfaction..). De nombreux indicateurs sont ainsi régulièrement suivis (délai de transmission de compte rendu, conformité des prescriptions, nombre de chutes, de fugues, de transfusions...). Par ailleurs l'établissement a réalisé un patient traceur, des EPP en rapport avec le processus parcours patient (chute, douleur, plaies chroniques, risque suicidaire....). Un recueil des événements indésirables, structuré et opérationnel, participe à cette évaluation. Un suivi de ces différents indicateurs est effectué de façon régulière par le RAQ. Un tableau général des indicateurs suivi par l'établissement figure dans le compte qualité.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont menées par l'établissement dans le cadre du Plan d'action qualité institutionnel. La communication des résultats est faite au niveau des différentes instances (CME, COPIL-GDR, CLIN, COMEDIS...). Elle s'adresse par ailleurs au niveau des professionnels par l'affichage, le journal, interne, l'intranet, ainsi que la diffusion orale lors des réunions de travail ou des staffs hebdomadaires.

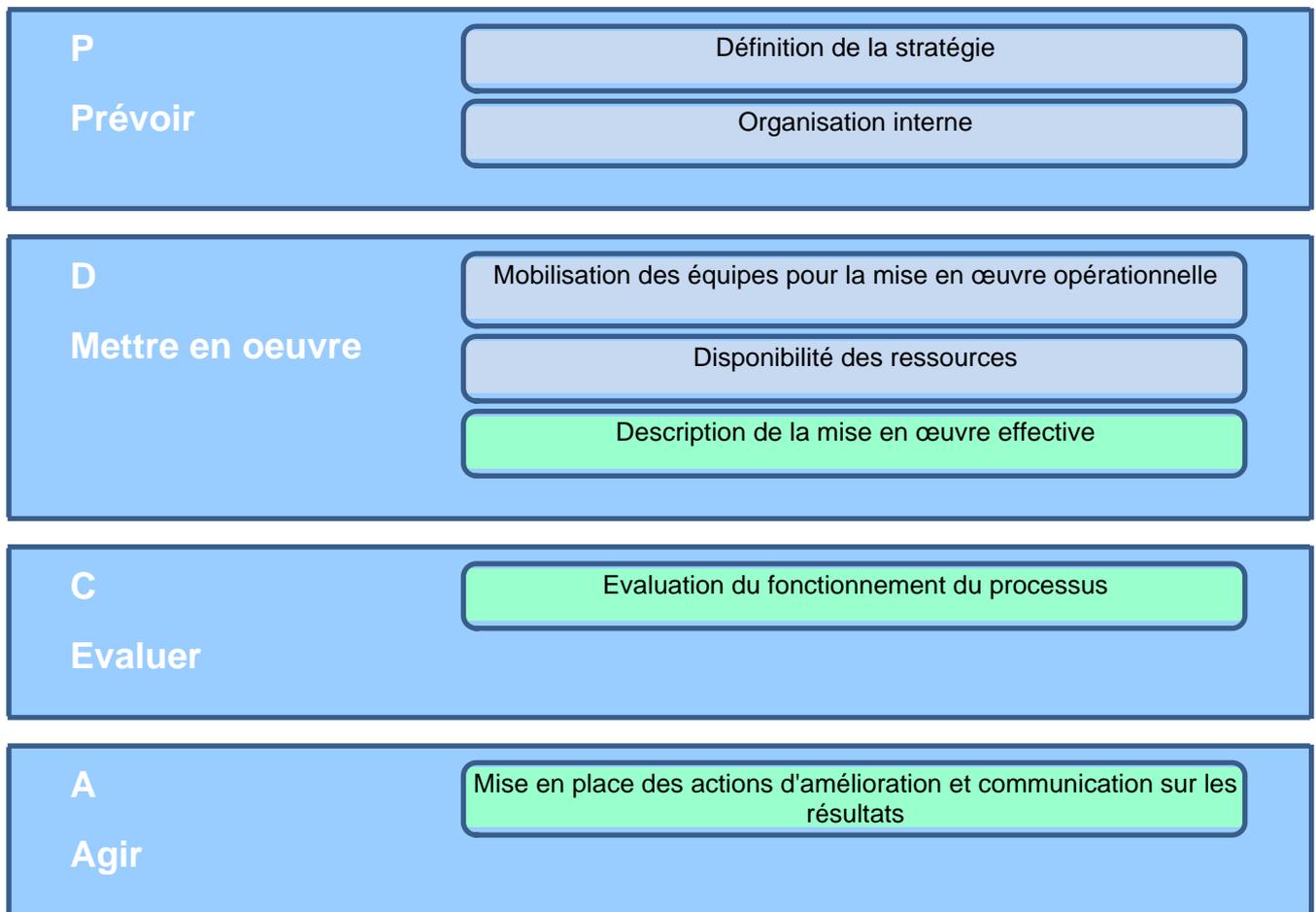
DOSSIER PATIENT

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 concernant le dossier patient fait l'objet d'un protocole établi en 2010 et mis à jour au mois d'avril 2015. Les risques ont été identifiés en comité de pilotage. Des groupes de travail ont été constitués pour l'élaboration du compte qualité. Le groupe 4 « prise en charge du patient » a identifié les principaux risques en fonction du résultat de l'évaluation des différents processus des trois prises en charges : médecine, SSR et SLD. La gravité et la fréquence permettent de déterminer la priorité. Les risques prioritaires repris dans le compte qualité concernent notamment l'erreur d'identification et le retard de prise en charge. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques. La politique, définie et validée par la direction et la CME s'inscrit dans un objectif de sécurisation de la prise en charge et se décline dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Des indicateurs opérationnels sont formalisés avec une priorisation et un échéancier. Le programme est validé par les instances (CME, CODIR, CRU, COPIL).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été mise en place pour piloter le processus. Le médecin DIM, chef du service de médecine pilote le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés.

Plusieurs procédures concernant la gestion du dossier patient ont été établies :

- Politique du dossier patient
- Guide d'utilisation du dossier de soins
- Composition du dossier de soins
- Constitution et règles de circulation du dossier
- Admission en secteur sanitaire
- Classement du dossier médical,

auxquelles il faut ajouter des protocoles concernant la désignation de la personne de confiance, la distribution du livret d'accueil et du questionnaire de satisfaction et l'utilisation du module « UNIT » relatif à l'identification du patient.

Les règles de gestion du dossier sont formalisées et diffusées. Elles sont complétées par une procédure intitulée « constitution et règles de circulation du dossier » mise à jour en septembre 2015. Le dossier patient est unique. Il comporte un dossier informatisé en presque totalité depuis 2014 qui est complété par un dossier papier comportant les résultats d'examens, de laboratoire et de radiologie, le dossier transfusionnel ainsi que les consultations des intervenants extérieurs qui n'ont pas accès au dossier informatisé. Les dossiers des patients sortis sont conservés dans les locaux des services pendant quatre ans puis archivés dans un local centralisé. Le plan de formation a pris en compte l'informatisation du dossier. Les équipements informatiques sont mis en place dans les services. La gestion des interfaces est organisée. L'accès du patient à son dossier est organisé. Une procédure décrit l'organisation de l'accès du patient à son dossier. L'information figure dans les livrets d'accueil. Les personnels ont accès aux documents, procédures et protocoles sur le réseau commun de l'établissement.

Les droits d'entrée sont fixés et les profils sont gérés dans le logiciel par les personnes habilitées (médecin DIM et responsable de la cellule informatique). Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place les moyens correspondant aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires. Le plan de formation prévoit des formations spécifiques pour le dossier patient informatique. Les modalités de communication du dossier sont formalisées dans un protocole. 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'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par secteur d'activité. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Des référents sont désignés dans les services. Une EPP a été réalisée sur l'amélioration des modalités de prescription de la contention. La déclaration d'événements indésirables ainsi que le traitement de certains événements en CREX permet d'identifier des actions correctives au niveau du service. Les risques relatifs aux dossiers patients sont suivis. Un plan d'action d'amélioration est élaboré avec les responsables identifiés, des échéanciers et des modalités de suivi. Les événements indésirables concernant le dossier patient sont analysés. Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont enregistrées et suivies par la direction. Le bilan

figure dans le compte-rendu de la CRU. La gestion du dossier patient informatisé (DPI) fait l'objet de formations réalisées par le fournisseur mais également par les référents en interne au sein de l'établissement. Toutes les formations internes ont fait l'objet de fiches d'émargement. La prescription est informatisée et intégrée dans le logiciel. La gestion documentaire permet à la totalité des professionnels d'avoir accès à la documentation et aux procédures. Les modalités de communication sont connues de l'ensemble des professionnels grâce aux formations réalisées et aux informations données en interne. L'accompagnement concerne également les nouveaux arrivants et les stagiaires. Les locaux sont adaptés, que ce soit au niveau de l'accueil administratif ou au niveau des salles de soins. Les matériels informatiques (postes fixes et portables, wifi, etc...) sont disponibles. L'archivage est réalisé par la secrétaire médicale. Celle-ci renseigne le bordereau d'archivage des dossiers qui est présenté au DIM pour validation avant versement dans le local d'archives médicales centralisé de l'établissement. Les locaux sont sécurisés. La traçabilité des mouvements de dossiers est réalisée sur un tableau intitulé "fiche de traçabilité des mouvements de dossiers médicaux".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge est assurée en temps réel par les professionnels dans le dossier du patient grâce aux moyens informatiques mis en place. Cette traçabilité a été constatée lors des vérifications terrains ainsi que lors de l'investigation des patients traceurs. Un mode dégradé a été mis en place en cas de panne wifi ou informatique. Une procédure de continuité de l'activité en mode dégradé a été établie. Le fichier de sauvegarde comporte trois jours de plans de soins. Une hotline est assurée par le prestataire. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Ils sont suivis par la personne habilitée au niveau de la direction qui est chargée également de la relation avec les représentants des usagers au sein de l'établissement. Les professionnels extérieurs interviennent dans l'établissement sous couvert du chef de service. Les comptes-rendus figurent dans le dossier papier. Le patient partant à l'extérieur pour un examen est muni d'une lettre du médecin référent ou d'un bon d'examen. Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont suivis dans un tableau. Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés en temps utile dans le dossier patient informatisé. Les constats sont confirmés à la fois par les investigations terrains et les patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs IPAQSS en SSR. Il n'est pas assujéti à ces indicateurs dans les deux autres services MCO et SLD. Toutefois, dans le cadre de la mise en œuvre du CPOM, il recueille également ces indicateurs en MCO. D'autres audits sont organisés dans le programme d'actions qualité. Les évaluations, audits et indicateurs sont énumérés dans le bilan qualité et gestion des risques. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est réalisée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par le responsable qualité et risques. Les résultats sont également accessibles sur le réseau commun de l'établissement. Les résultats des indicateurs IPAQSS sont affichés dans l'établissement. La communication est réalisée également auprès des usagers par l'intermédiaire de la CRU. Les actions d'amélioration sont identifiées et font l'objet de suivis périodiques grâce aux indicateurs mis en place.

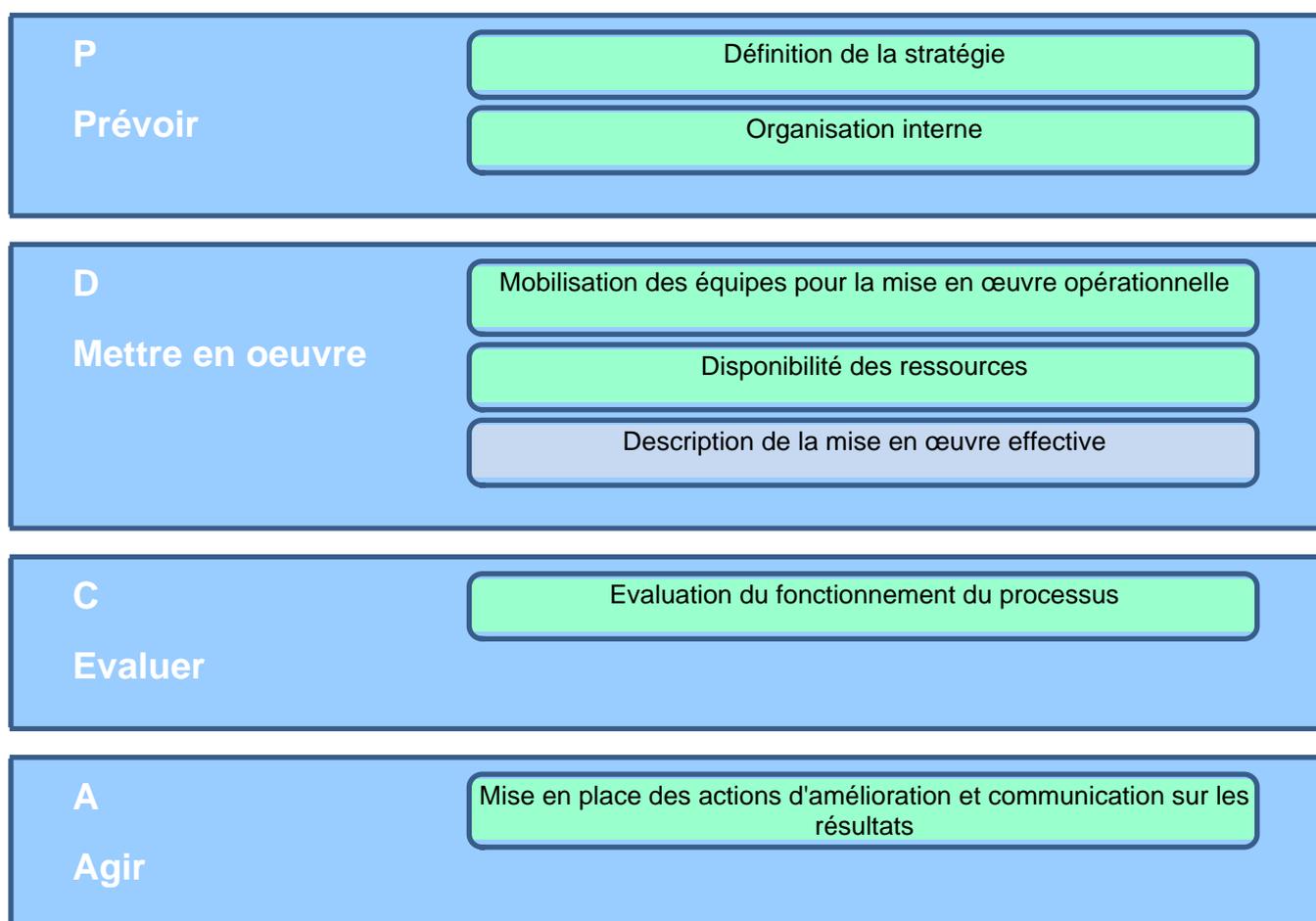
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 la prise en charge médicamenteuse du patient est définie dans le document projet qualité et gestion des risques 2014-2018 et au niveau du compte qualité (objectifs, analyse des risques, plan d'actions). L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète sur l'ensemble des secteurs de l'établissement. Les interfaces entre logiciels administratif et de soins sont opérationnelles. L'établissement s'est appuyé pour réaliser son analyse de risque sur diverses données : études de risques centrées sur les sujets à risque, EPP, résultats de l'Inspection régionale de la pharmacie, étude ANAP sur la prescription, audit circuit du médicament 2014, audit armoire des services, mallette urgence, etc... L'établissement dispose d'une cartographie des risques sur toutes les étapes du circuit et d'un plan d'action formalisé, priorisé, et intégré au compte qualité. Les risques principaux sont recensés dans le compte qualité : défaut d'organisation et de suivi du processus, prise en charge médicamenteuse, non homogénéité des prescriptions, iatrogénie. Des objectifs issus de l'analyse des risques sont déclinés dans un programme institutionnel avec des modalités de mise en œuvre et de suivi et des échéanciers.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La pharmacienne et la présidente de la CME sont en charge du pilotage du processus. Leurs rôles et leurs responsabilités sont connus. L'établissement s'est appuyé pour réaliser son analyse de risque sur diverses données : études de risques centrées sur les sujets à risque, EPP, résultats de l'Inspection régionale de la pharmacie, étude ANAP sur la prescription, audit circuit du médicament 2014, audit armoire des services, mallette urgence, etc... L'établissement dispose d'une cartographie des risques sur toutes les étapes du circuit et d'un plan d'actions formalisé, priorisé, et intégré au compte qualité. Les risques principaux sont recensés dans le compte qualité : défaut d'organisation et de suivi du processus, prise en charge médicamenteuse, non homogénéité des prescriptions, iatrogénie. Des objectifs issus de l'analyse des risques sont déclinés dans un programme institutionnel avec des modalités de mise en œuvre et de suivi et des échéanciers. Au 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. Le COMEDIS est opérationnel, il se réunit trois fois par an et intègre la mission sur le bon usage des antibiotiques. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'informatisation complète du circuit du médicament, facilite les échanges d'information notamment pour l'analyse et les conseils pharmaceutiques. Les ressources documentaires sont actualisées et accessibles sur la gestion documentaire informatisée. De nombreux protocoles, outils d'aide à la prescription et à l'administration sont disponibles. L'organisation de la permanence pharmaceutique est formalisée, le pharmacien est remplacé pendant ses absences pour congés annuels. De plus, l'établissement dispose d'une convention avec le centre hospitalier voisin pour répondre aux besoins urgents de médicaments en dehors des horaires d'ouverture de la PUI.

Un manuel qualité du circuit du médicament est en cours d'élaboration. Une procédure de fonctionnement en mode dégradé est établie. L'organisation de la permanence pharmaceutique est formalisée (convention de remplacement avec établissement voisin). Des règles et un support unique de prescription (dossier médical informatisé) sont définis pour l'ensemble des prescripteurs. Les règles de gestion de rangement de transport et de stockage des médicaments (hygiène, sécurité) sont formalisées. La permanence pharmaceutique est organisée (stock tampon au niveau des services, recours extérieur...). 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'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par secteur d'activité. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Une EPP a été réalisée sur l'antibiothérapie dans les infections urinaires. La déclaration d'événements indésirables ainsi que le traitement de certains événements en CREX (gestion oxygène) permet d'identifier des actions correctives au niveau du secteur. Un plan d'action d'amélioration est élaboré avec les responsables identifiés, des échéanciers et des modalités de suivi.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel au niveau de la pharmacie et dans les différents secteurs sont disponibles et adaptées (ordinateurs fixes et portables, rangement, armoire pharmacie, chariots...). Les ressources

documentaires sont actualisées et accessibles sur la gestion documentaire informatisée : de nombreux protocoles, outils d'aide à la prescription et à l'administration sont disponibles. Une sensibilisation des personnels aux risques d'erreur médicamenteuse est réalisée par les cadres soignants. Les règles de prescription et d'administration font l'objet de procédures validées et disponibles. L'ensemble des étapes du circuit du médicament sont concernées (protocole générale de dispensation, protocole d'administration des médicaments, protocole de dispensation des stupéfiants, règles de prescription des médicaments, protocole d'information du patient...). Un livret thérapeutique est disponible. L'établissement s'est doté d'un local à usage de pharmacie adéquat à ses besoins (bureaux, accueil, stockage..) et sécurisé (digicode, grilles..).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, est garantie. L'ensemble du circuit est informatisé de la prescription à l'administration. Une sensibilisation des personnels aux risques d'erreur médicamenteuse est réalisée par les cadres soignants. Les règles de prescription et d'administration font l'objet de procédures validées et disponibles. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'informatisation complète du circuit du médicament facilite les échanges d'information notamment pour l'analyse et les conseils pharmaceutiques. La liste des prescripteurs est tenue à jour. Une procédure de fonctionnement en mode dégradé est établie.

Le recueil des incidents en lien avec le médicament est réalisé par l'intermédiaire de la fiche d'événement indésirable de l'établissement. L'analyse en est faite au niveau de la pharmacie. Des règles et un support unique de prescription (dossier médical informatisé) est en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Les règles de prescriptions sont mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique y compris pour le traitement personnel du patient est réalisée par la pharmacienne via le logiciel du dossier patient. Une information est donnée au patient sur le bon usage des médicaments et tracée dans le dossier. Une dispensation individuelle nominative globalisée hebdomadaire est en place en USLD et globale en SSR et MCO. La traçabilité de l'administration ou de la non administration est assurée en temps réel au niveau du dossier informatique. Les règles de gestion de rangement de transport et de stockage des médicaments (hygiène, sécurité) sont formalisées et mises en œuvre. L'organisation de la permanence pharmaceutique est formalisée et mise en œuvre. Un système de dotation et une procédure encadre le recours aux médicaments en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie et dans les cas de besoins de médicaments prescrits hors livret thérapeutique. Dans ce cas, c'est l'administrateur de garde qui se déplace au CH voisin (convention signée).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation, afin de vérifier le fonctionnement du processus de la prise en charge médicamenteuse, est en place. Elle s'appuie sur un recueil et le suivi d'indicateurs (ICATB, consommation mensuelle des antibiotiques, nombre de fiches d'événements indésirables concernant le médicament, nombre de réunions d'information...) ainsi que la réalisation d'audits (circuit du médicament, armoire à pharmacie...), EPP (infections urinaires...), CREX (oxygénothérapie). L'établissement réalise un bilan annuel des activités de la pharmacie. Le bilan est diffusé aux instances.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont menées par l'établissement dans le cadre du Plan d'action qualité institutionnel. La communication des résultats est faite au niveau des différentes instances (CME, COPIL-GDR, COMEDIS...). Elle s'adresse par ailleurs au niveau des professionnels par l'affichage, le journal, interne, l'intranet, ainsi que la diffusion orale lors des réunions de travail ou des staffs hebdomadaires.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

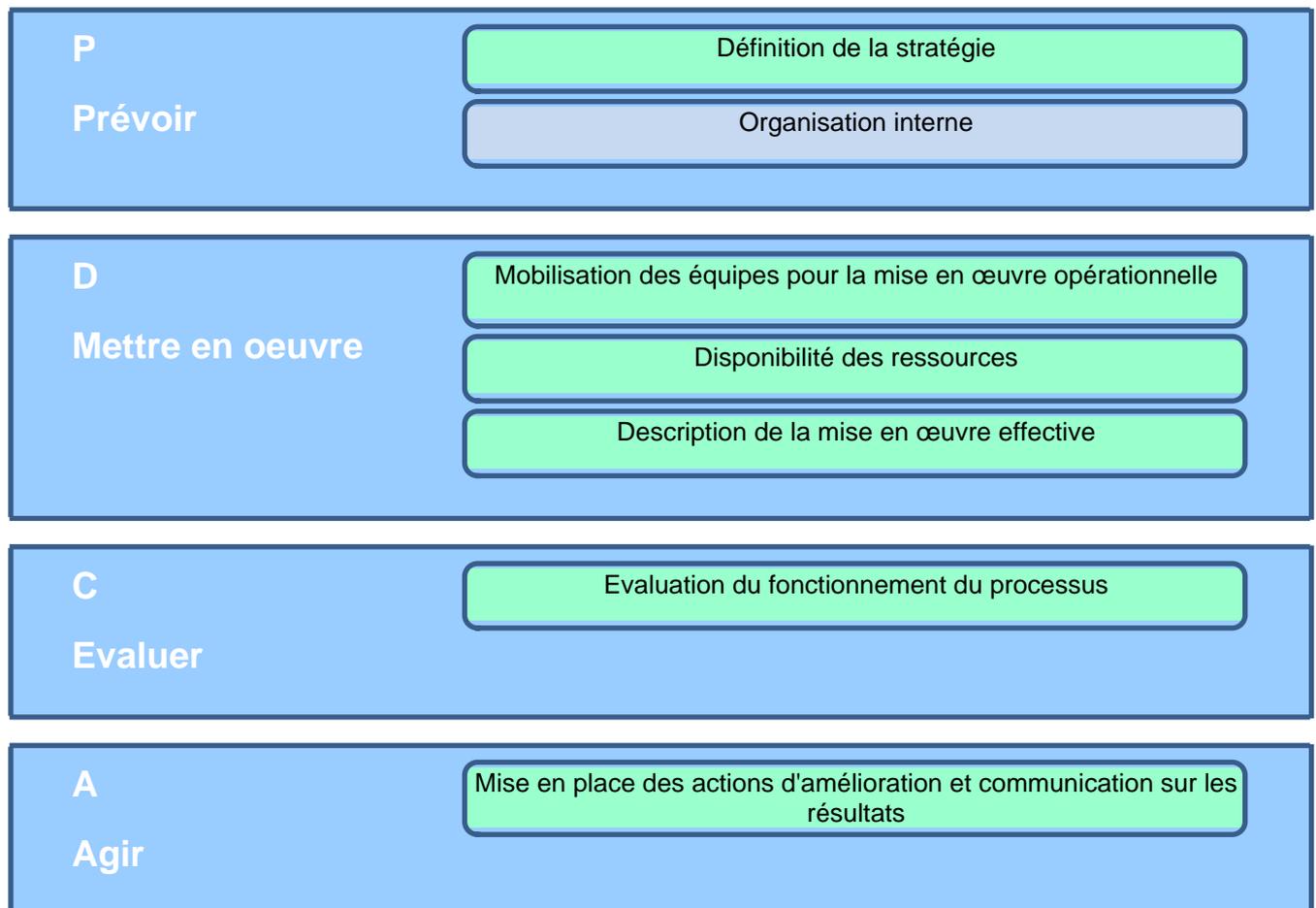
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

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 politique générale de développement du système d'information et de ses usages formalisée au sein d'un schéma directeur du système d'information. Ce schéma directeur défini en cohérence avec les orientations stratégiques et prenant en compte les besoins des utilisateurs, n'a pas été renouvelé au niveau de l'établissement en raison du regroupement de cinq établissements pour la mise en place des logiciels. Il s'agit des centres hospitaliers de Nevers (hôpital référent), Cosne sur Loire, Lormes, Château Chinon et La Charité. La politique de sécurité des systèmes d'information du centre hospitalier est formalisée. Elle fixe les axes de fonctionnement et présente les grandes orientations en matière de sécurité du système d'information. Elle est déclinée en projets et plans d'actions. L'établissement a mis en place un système de priorisation des actions. Une cartographie des risques a été établie et notamment pour les applications de l'établissement. Les risques sont hiérarchisés. Les quatre risques prioritaires sont inscrits dans le compte qualité et concernent notamment le défaut de maîtrise de sécurité et l'absence de schéma directeur et de suivi formalisé. Les objectifs ainsi que les plans d'action sont adaptés aux données issues de l'analyse et sont déclinés dans le programme institutionnel d'actions. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. Il n'existe pas de schéma directeur informatique valide. Le schéma directeur informatique n'a pas été renouvelé au niveau de l'établissement en raison du regroupement de cinq établissements pour la mise en place des logiciels.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus. Les pilotes désignés sont le responsable informatique provenant de l'hôpital Pierre Lô et la coordinatrice du projet « SinfoNièvre ». Les rôles et responsabilités sont identifiés. Le responsable identifié pour la sécurité informatique est l'informaticien de l'hôpital Pierre Lô en attendant la désignation d'un responsable de sécurité informatique départemental. Les ressources dédiées au système d'information sont identifiées. Le plan de formation couvrant les besoins est intégré au plan de formation global de l'établissement et répond aux objectifs et besoins en ressource humaines. Le dispositif de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées est structuré. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Une cartographie applicative du centre hospitalier Henri Dunant permet de formaliser les liens entre les applications médicales et les applications techniques dans les différents secteurs. Un plan de reprise d'activité (PRA) a été établi (prérequis 2.1 du programme hôpital numérique). Le PRA fait l'objet d'une procédure établie en 2011. Il existe des procédures dégradées pour le DPI en cas de panne informatique. Le plan de maintenance répond aux objectifs et besoins en matériels et équipements.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'établissement a défini des objectifs. Ceux-ci sont diffusés aux professionnels. Le responsable informatique sensibilise les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles consignes, etc.). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) existent au sein de l'établissement. Le responsable informatique lié par une convention, intervient dans l'établissement à raison de deux demi-journées par semaine. Il existe également un correspondant informatique qui est également coordinatrice du projet « sinfonivière » et qui assure le soutien au quotidien.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles ainsi que la traçabilité de toutes les actions. Les droits d'accès sont gérés par le responsable informatique après validation par le DIM. L'identification des niveaux d'habilitation est réalisée par application. Pour le DPI, les droits d'accès sont donnés par l'administrateur.

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 (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'évaluation porte sur les applications du système informatique (dossier patient informatisé, gestion des stocks de la pharmacie, etc...), que ce soit en SSR, MCO ou en SLD. L'évaluation de la sécurité est également réalisée par le suivi des disponibilités, les alertes intrusions et la vulnérabilité avec remontée des infections virales. Les évaluations sont formalisées. L'établissement assure le recueil des indicateurs "hôpital numérique". Le tableau de recueil des indicateurs HN a été présenté lors de la visite. Le bilan annuel est établi conformément au document concernant la politique du système d'information.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel pour les actions majeures. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Il y a également une diffusion dans le plan d'action d'amélioration du système d'information. La communication des résultats est réalisée, notamment, par les cadres ou responsables de service ainsi que lors des présentations aux différentes instances.