



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
COSNE SUR LOIRE**

96 rue Maréchal Leclerc  
58206 COSNE COURS SUR LOIRE

DÉCEMBRE 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE COSNE SUR LOIRE	
Adresse	96 rue marechal leclerc 58206 COSNE COURS SUR LOIRE
Département / région	NIEVRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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 maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	580780088	CENTRE HOSPITALIER COSNE-COURS-SUR-LOIRE	96 r marechal leclerc 58206 Cosne-Cours-Sur-Loire
Etablissement de santé	580972677	CENTRE HOSPITALIER DE COSNE SUR LOIRE	96 rue marechal leclerc 58206 COSNE COURS SUR LOIRE
Etablissement de santé	580971026	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH DE COSNE- COURS-SUR-LOIRE	96 rue du marechal leclerc 58206 COSNE COURS SUR LOIRE

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	40	3
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	25	/

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

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Droits des patients

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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Médecine	Troubles cardio-vasculaires	Passage par les urgences	/	MCO
2	Personne âgée	SSR	Suite de fracture opérée	Mutation de la clinique de chirurgie	urgences, chirurgie, bloc, SSR	SSR
3	Personne âgée	SLD	Suites de cancéro	Mutation du SSR	Centre de cancéro, SSR, SLD	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

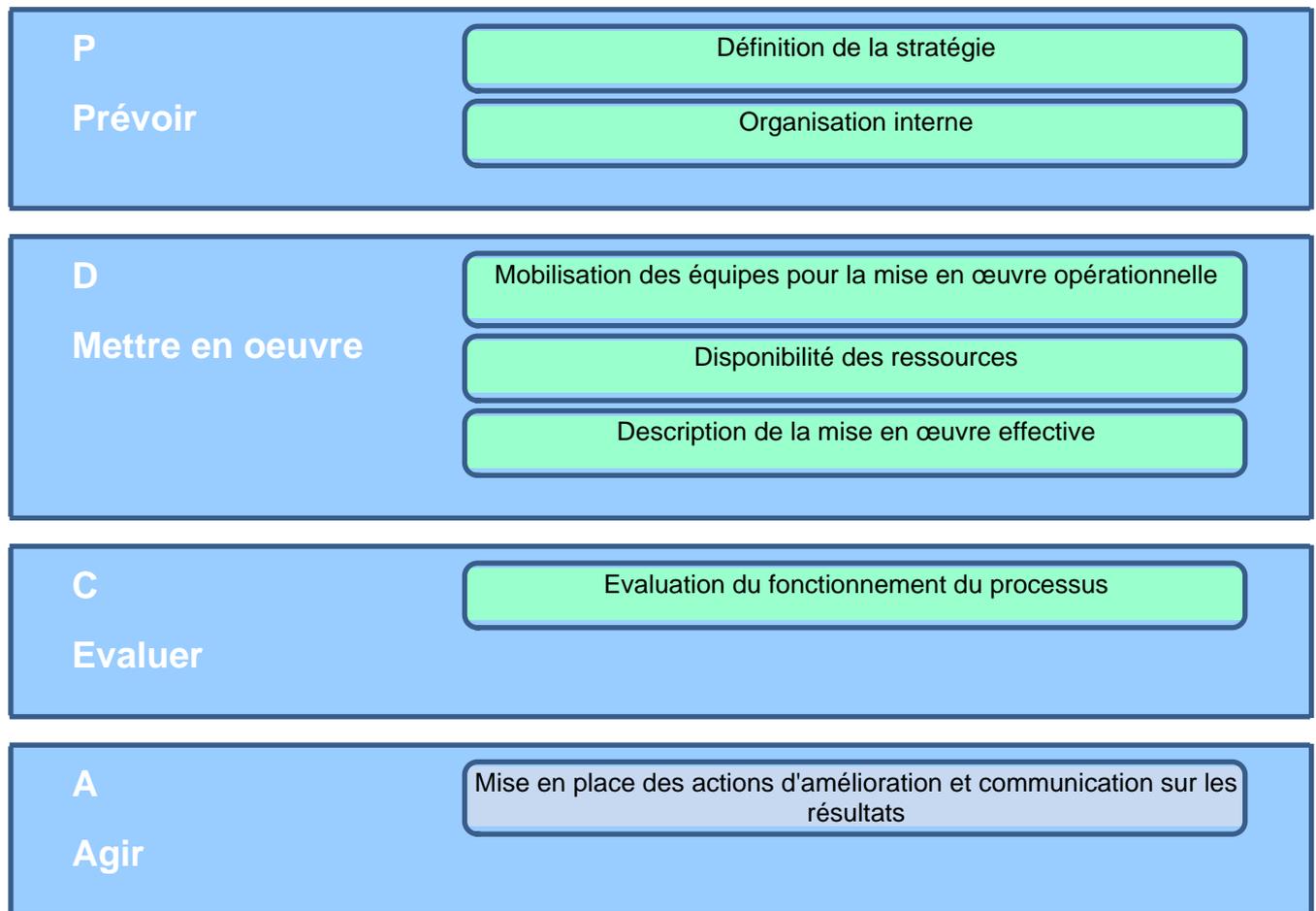
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins intégrée dans les orientations stratégiques et intégrant une stratégie de développement de l'EPP. Cette politique qualité gestion des risques a été élaborée par la direction en septembre 2016 élaborée sur la base d'une identification des besoins de la criticité et de la maîtrise des risques. Nourrie par les recommandations de la certification, les orientations nationales, les bonnes pratiques, le CPOM, les données locales des événements indésirables, les audits etc..., cette politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques. Les représentants des usagers participent à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le Plan d'Amélioration de la Qualité et de Gestion des Risques, a été mis à jour régulièrement par le copil, intégrant toutes les actions identifiées par le Compte Qualité fin 2016. Les responsables sont identifiés et l'échéancier précisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH de Cosne a mis en place une organisation pour piloter le processus qualité/gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission des professionnels. Une cellule qualité est opérationnelle composée d'un ingénieur qualité et d'une technicienne animatrice qualité gestionnaire de risques. La cellule est complétée par le président de CME, gestionnaire des risques associés aux soins, de la pharmacienne, Responsable MQPCM, de la pharmacovigilance, de matériovigilance et du dépôt de sang. Les instances sont impliquées dans le système qualité : CME, CSIMRT, CLIN, CLUD, comité d'éthique, comedim, commission DPC. Le CLAN n'est pas actif actuellement. Un comité de pilotage qualité gestion des risques et vigilances regroupe les pilotes des processus; ils ont été formés à l'analyse des risques. La motivation des personnels est recherchée lors des appels à candidatures pour les groupes de travail. L'établissement identifie et hiérarchise ses risques selon une méthode définie. En janvier 2016 un comité de pilotage qualité pluridisciplinaire a été réactivé par le Centre Hospitalier de Cosne sur Loire et a engagé les analyses de risque par processus. Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode proposée par l'HAS. L'analyse de risques a permis l'élaboration du compte qualité fin 2016 avec son programme d'action. Les situations de crise sont identifiées et les procédures d'alerte sont formalisées. Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des EI sous format papier. Pour favoriser la déclaration des EI, une charte de non sanction a été intégrée au protocole de déclaration d'un événement indésirable. La gestion des plaintes et des réclamations est organisée, centralisée au bureau DIM et articulée avec le dispositif de gestion des EI. Des rapports circonstanciés sont réalisés par le service concerné avant réponse à l'utilisateur par le directeur. Une analyse est réalisée et présentée régulièrement en Commission des Usagers. Un dispositif de gestion documentaire est en place. Une procédure des procédures est en place. L'organisation documentaire est centralisée par la cellule qualité avec une arborescence définie par domaine. L'informatisation de la gestion documentaire est engagée et sera en place en 2018. Une coordination entre les vigilances, la veille sanitaire et réglementaire et la gestion de la qualité et des risques est organisée. Les vigilants sont nommés: pharmaco, matério, infectio, hemo et identitovigilance. Le bilan des vigilances s'effectue lors des COPIL qualité coordination des vigilances. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les divers secteurs d'activités. Il existe une concertation efficace entre la direction, la cellule qualité et le niveau opérationnel.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu des risques et actions identifiées, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche qualité/GDR avec les professionnels. L'organigramme de l'établissement intègre le management de la qualité, la gestion des risques et des vigilances. Des lettres de mission sont adressés aux acteurs, des définitions réglementaires sont applicables aux responsables des vigilances. Les définitions de fonction des professionnels de la cellule qualité ont été validées pendant la visite. L'établissement favorise l'implication des équipes dans les groupes de travail. Une communication sur l'avancée de la certification et sur la réalisation des projets est effective, par le biais du journal interne « flash info », les réunions, les diverses instances, dont la CRU, la CSIRMT, la CME et autres comités. Un accompagnement est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins sont diffusés. L'engagement des professionnels est effectif dans la mise en œuvre des démarches. Les représentants des Usagers sont impliqués dans la démarche qualité et sur les projets engagés et à venir sur le CH de Cosne.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe une gestion documentaire, structurée, centralisée, mise à jour totalement depuis 2016, disponible, accessible sur tous les postes informatiques dans les secteurs d'activités. Les documents sont organisés par domaine. Il n'existe pas de moteur de recherche par mot clef. Un logiciel de gestion documentaire est prévu pour 2018. Il n'existe pas d'intranet. Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques à priori et à la gestion des EI. Un accompagnement des professionnels en cas de survenue d'EI Grave est organisé. Les professionnels du COPIL sont formés aux techniques d'analyse de CREX et une nouvelle formation collective est prévue en 2017.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pôles et secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs. Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération des risques sont mises en place. L'analyse des causes profondes des EI graves et récurrents est réalisée. Les secteurs d'activité mettent en œuvre les démarches EPP. 12 EPP sont en cours. Une commission EPP se réunit pour étudier l'avancée des EPP, mettre à jour le tableau de suivi et en proposer de nouvelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la démarche qualité/GDR sont assurés par les professionnels de la cellule qualité, pilotes du processus « management de la qualité et de la GDR ». Des indicateurs, sont en place, un suivi est mis en œuvre présenté lors de COPIL. Les résultats sont communiqués aux professionnels et Usagers. Le programme d'amélioration de la qualité et de la GDR est suivi par des indicateurs. Un programme d'audit est en place. Il existe un bilan annuel détaillé pour la Commission des Usagers. La satisfaction des usagers est évaluée. Elle est recueillie par le biais des questionnaires de sortie. Les taux de retour en 2016 varient de 6% en médecine, 13% en SSR et 100% en SLD (enquête annuelle). Les résultats sont présentés en Commission des usagers. Cependant, il n'existe pas de tableaux de bord qualité - gestion des risques. Il n'existe pas de tableaux de bord qualité gestion des risques, synthétique, mettant en lumière certains indicateurs phares pour l'établissement et sur lesquels établir une communication régulière à l'ensemble du personnel.

## A / AGIR

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

Suite à l'élaboration de la politique qualité/GDR, à l'élaboration du compte qualité et au suivi de la mise en œuvre du programme d'actions, une réévaluation est assurée lors des COPIL mensuels. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suite au réexamen des risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du CH de Cosne. L'appartenance à un groupe d'établissement, utilisant des solutions informatiques identiques, permet des comparaisons de résultats. Plusieurs supports de communication et modalités de diffusion sont établis, pouvant préciser l'avancée du plan d'actions et des résultats obtenus, soit en interne par le bulletin interne « Flash infos », auprès des professionnels et par les affichages à l'attention des usagers. Les représentants des Usagers sont impliqués, informés sur les projets qualité et sur l'avancée de la certification.



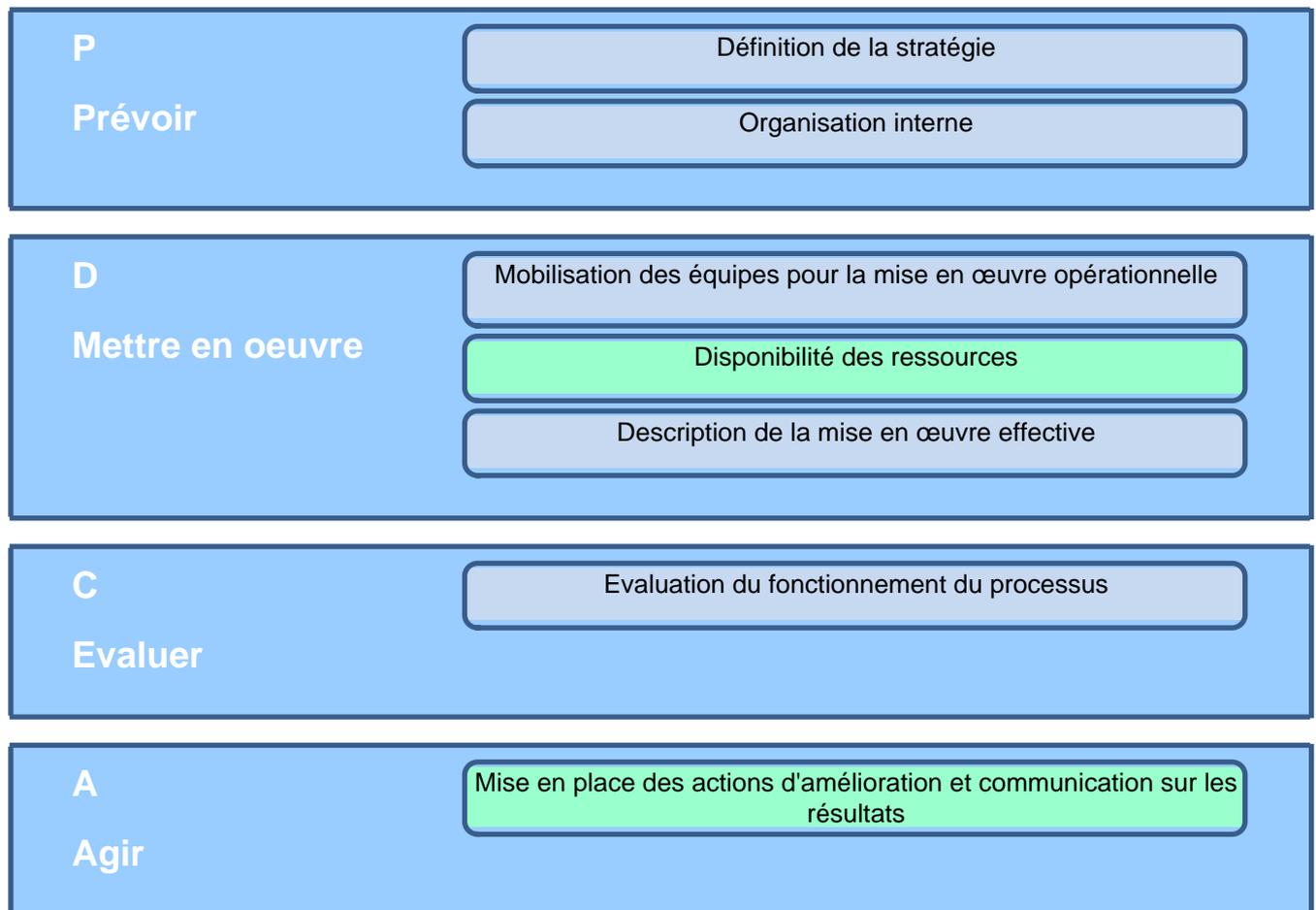
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a mis en place une stratégie et des objectifs pour le processus "gestion du risque infectieux", sur la base de l'identification des besoins et d'une analyse de risques. Cette stratégie est formalisée dans une politique de gestion du risque infectieux, validée par la C.M.E, la C.S.I.R.M.T, le président du C.L.I.N et le Directeur en mars 2017. La politique est définie par le CLIN sous la responsabilité du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui est aussi le président de la CME. La maîtrise du risque infectieux est un des axes de la politique qualité 2016-2018, du projet médical et du CPOM 2012- 2017 du CH de Cosne sur Loire. La politique s'articule autour de cinq axes prioritaires : la maîtrise de la diffusion des BMR, le bon usage des antibiotiques en lien avec la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, la formation hygiène des nouveaux personnels recrutés, le suivi de l'indicateur de consommations des produits hydro-alcooliques et la mise en place de l'analyse des causes profondes en cas de bactériémies nosocomiales à SARM. Cette politique est déclinée dans le programme d'action du CLIN formalisé et priorisé. Il est présenté au CLIN (avec la participation des représentants des usagers ), en CME et en Copil Qualité. On retrouve également ces actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS et le Compte Qualité. Une cartographie des risques a priori a été élaborée par un groupe de professionnels composé de l'IDE hygiéniste, de la pharmacienne, d'IDE/AS référents hygiène par secteur d'activité à partir des critères du manuel de certification, des recommandations de la certification, des résultats des indicateurs QSS et des FSEI. La hiérarchisation de ces risques a été réalisée avec les membres de l'EOH selon la méthodologie de la HAS, l'établissement a fait le choix d'inscrire tous les risques dans le compte qualité. Les pilotes, modalités de suivi, périodicité, objectifs à atteindre ont été identifiés.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation de ce processus repose sur le CLIN et l'EOH (sous commission de la CME) qui est une instance pluriprofessionnelle. La pharmacienne hygiéniste de Nevers appartenant à l'Unité départementale de l'hygiène de la Nièvre est identifié pilote du processus , le Médecin présidente du CLIN et la cadre de santé du pôle santé sont copilotes. Leurs missions et responsabilités sont formalisées dans une fiche de poste pilote générique et dans les fiches de missions du CLIN/EOH. L'EOH est composé d'un médecin (0,2 ETP) et d'une IDE hygiéniste (0,3ETP), et d'un temps de de secrétaire (0,05ETP). Un recrutement d'un médecin ATB est en cours dans le cadre du GHT. Les formations des praticiens sur le bon usage des ATB sont réalisées par le médecin hygiéniste en collaboration avec la pharmacienne lors des CME et des COMEDIMS. Les formations au bio nettoyage sont assurées par l'IDE hygiéniste dès l'arrivée de l'agent et des micro formations sont réalisées aussi pour rappeler les recommandations, les nouveaux protocoles, changements de pratiques et une demie journée de formation est réalisée 2 fois par an pour les référents hygiènes. Un livret d'accueil du nouveau personnel sur le risque infectieux lui est remis. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux (protocoles d'antibiothérapie, protocoles d'hygiène surveillance des BMR, Accidents d'Exposition au Sang (AES), précautions complémentaires, Utilisation des antiseptiques, informations patients (porteurs de BHR, de clostridium, procédures en cas de phénomène épidémique.....). Ces protocoles sont réactualisés tous les 5 ans. Des outils sont diffusés et affichés (guide de bio-nettoyage et livret d'accueil pour les nouveaux arrivants, livret des ATB intégré au logiciel de prescription, affiches, feuille de traçabilité... On retrouve une organisation d'hygiène optimale des locaux en relation avec l'EOH avec pour chaque pôle une équipe centrale (circulations, administration) et une équipe composée d'ASH dédiés aux services de soins (chambres et locaux de service) placés sous la responsabilité des cadres de santé. Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, le bon usage des ATB est délégué au COMEDIMS, la pharmacienne prend en charge le suivi des consommations et la prescription des ATB dans l'attente d'un recrutement d'un médecin ATB. Les ressources matérielles nécessaires ont été définies en particulier tous les systèmes de prélèvement sont sécurisés ainsi que les collecteurs. Des chariots de ménage et de linge ont été achetés en médecine et USLD et les chariots de nursing sont en commande. Le personnel bénéficie si besoin de linge de protection et de matériel sécurisé. Un kit de prise en charge en cas d'AES (0 en 2016) est disponible aux urgences, une procédure est en place. Les interfaces entre l'EOH, la pharmacienne responsable des ATB et les secteurs d'activité sont organisées.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH. Le CLIN et l'EOH sont chargés du déploiement du

programme d'actions dans les différents secteurs et de l'information sur les risques identifiés. Le C.L.I.N a été réactivé en 2016 (après une absence de quelques mois du pharmacien hygiéniste) et 2 réunions ont pu être réalisées sur le second semestre et depuis il se réunit régulièrement. Un règlement intérieur est formalisé. Des comptes rendus et les bilans d'activité sont réalisés et à disposition des professionnels dans la gestion documentaire. Il existe dans chaque service des référents hygiène se réunissant dont une des missions est l'évaluation des pratiques avec réalisation des audits, ils font au besoin remonter les difficultés auprès du CLIN. Les indicateurs sont suivis dont certains en continu (bactériémie, infection nosocomiale, respect des précautions standards et complémentaires). De nombreux audits, sont organisés avec un rendu aux professionnels des résultats. Les professionnels participent à la déclaration, l'analyse et la mise en place des actions des FSEI, des CREX et des EPP. En cas d'infections, les médecins le signalent via la FSEI sur la case infectiovigilance (15 en 2016). Une enquête est réalisée par la pharmacienne hygiéniste et le médecin présidente du CLIN auprès des médecins du secteur responsable à partir des résultats du laboratoire. Une analyse des causes est effectuée en cas de dysfonctionnements et des actions d'améliorations sont définies.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources en matériel sécurisé, en effectifs nécessaires pour chacun des domaines (risque infectieux, politique d'antibiothérapie et hygiène des locaux). Le matériel à usage unique fait l'objet d'un suivi et une maintenance est organisée pour les autres. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont disponibles, connues des professionnels dans la gestion documentaire.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité cliniques mettent en œuvre les recommandations demandées pour la prévention des risques infectieux. Les cadres de santé et l'IDE hygiéniste s'assurent de la conformité des pratiques : un contrôle informel est réalisé (évaluation des chambres) avec actions correctives immédiates et étude de points de non-conformité. La participation au CLIN des professionnels des différents services favorise l'intégration des actions et recommandations. Par ailleurs le médecin et l'IDE hygiéniste participent au C-CLIN de la région Est et au réseau des de Bourgogne franche conté. Ils organisent des journées hygiène départementales à laquelle l'établissement participe (8 à 9 interventions sur les déchets, précautions standards et complémentaires...). Des communications sont réalisées auprès des médecins lors des CME et au CLIN. Certains protocoles font l'objet d'un audit continu (précautions standards, précautions complémentaires...) permettant de vérifier l'appropriation par les professionnels, pour d'autres, il s'agit d'audits programmés et ponctuels. Il existe des procédures d'information du patient en cas d'infection liée aux soins, en cas de mesure d'isolement et en cas de portage de BMR (information orale par le médecin et l'IDE, livrets, affiches sur les portes des chambres..). Durant les patients traceurs, il a été confirmé que les professionnels connaissent l'accès aux ressources documentaires. Le logiciel de prescription permet de tracer la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et 72e heure ce qui assure une traçabilité effective (système d'alerte informatique), conformément aux résultats des indicateurs IQSS. La vaccination contre la grippe est proposée au personnel et une campagne de sensibilisation est réalisée en lien avec le médecin du travail. Il existe une procédure rapide d'information auprès des services de soins et auprès de l'EOH en cas d'isolement d'une BMR sur un prélèvement. Un logo d'alerte est inscrit sur le dossier. En cas d'infections, les médecins le signalent sur la case « infectiovigilance » de la FSEI (15 en 2016). Ensuite la qualité la fait parvenir au médecin présidente du CLIN. Celle ci, fait une enquête avec le médecin du secteur concerné à partir des résultats des examens de laboratoire. Une analyse des causes est effectuée en cas de dysfonctionnement et des actions d'amélioration sont définies. La qualité de l'eau et du linge est contrôlée. Les interfaces entre l'EOH, la pharmacienne responsable des ATB et les secteurs d'activité sont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques est réalisée à l'aide des évaluations périodiques (audits des déchets, Audit d'observation sur le port de bijoux, Évaluation de la fonction linge, ...). Le programme d'actions annuelles, le programme d'audits, les résultats des indicateurs et des audits sont définis avec le coordonateur des risques. Il est suivi par des indicateurs : consommation SHA, FSEI, AES, Conso ATB et réévaluation des 48h, liste des ATB, Suivi des bactériémies, Suivi de la consommation des produits hydro alcooliques, suivi de l'environnement, suivi Légionelles (prélèvements effectués et traités par le laboratoire départemental de Nevers agréé COFRAC), les IQSS ICSHA, ICALIN2, ICATB (en C en 2015 justifié par le manque d'informatisation et le temps dédié au médecin référent ATB). Les professionnels participent aux journées d'hygiène et à la semaine de sécurité annuelles. Toutes ces évaluations permettent d'identifier les actions correctives.

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

La mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux au regard des résultats obtenus ainsi que les procédures d'hygiène sont effectives. Le plan d'actions annuel du CLIN reprend l'ensemble des actions d'amélioration définies et mises en œuvre comme par exemple la réactualisation des protocoles de plus de 5 ans, l'affichage des consignes du tri des déchets dans les service, la fiche d'identification du patient porteur de BMRs, les informations destinées aux patients et familles sur les BMR et l'achat de matériels...), ainsi que les nouveaux objectifs fixés pour diminuer les risques infectieux. Ces actions sont dans le PAQSS et le Compte Qualité. Le bilan d'activité est réalisé annuellement et les actions d'amélioration mises en place sont présentées en CME, CHSCT, CSMIRT, CDU, Copil qualité en même temps que le plan d'actions de l'année suivante. Des communications sont réalisées auprès des médecins lors des CME et vers les autres professionnels au travers des différentes instances (CHSCT, CDU, CLIN) et des différentes réunions de services, par flashinfo et par affichage.

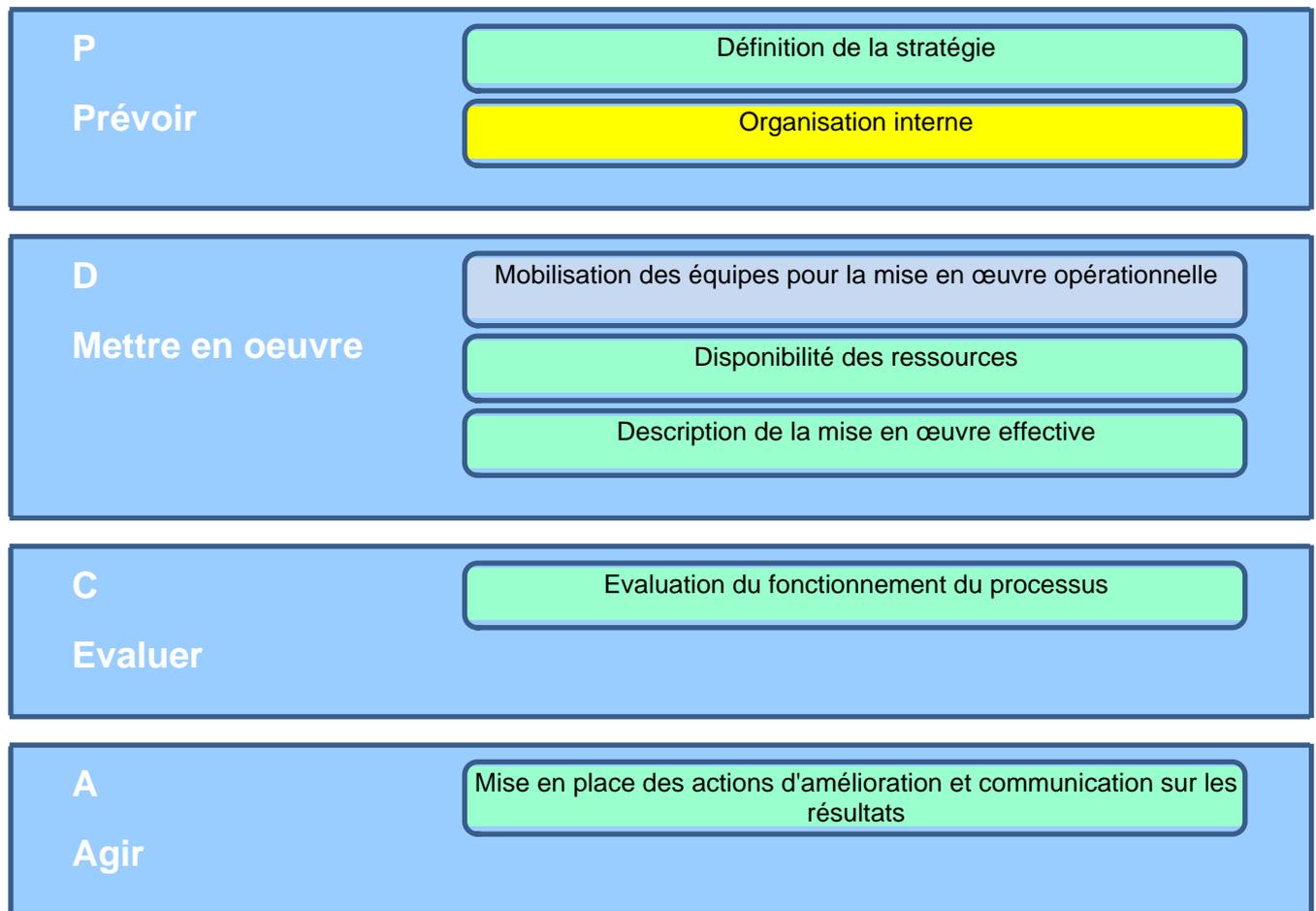
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique des droits des patients élaborée sur la base d'une identification des besoins de la population et d'une analyse des risques. L'établissement s'est appuyé sur les différents projets qualité, de soin et médical, le CPOM 2012-2017, ainsi que sur les différentes politiques de bientraitance, de douleur, des soins palliatifs et la charte du patient hospitalisé. La CDU a été associée à son élaboration. Cette politique inscrite dans l'Axe 1 de la politique qualité vise à garantir le respect des droits des usagers et leur implication à la vie institutionnelle, favoriser l'écoute des patients, évaluer la satisfaction des usagers et répondre à leur attente, favoriser les pratiques de bientraitance et prévenir les situations de maltraitance en associant les usagers à l'amélioration de la prise en charge. Elle a été validée en mars 2017 par les instances concernées (CME, Comité de Pilotage Qualité, CSIRMT, CDU...), puis communiquée au personnel lors de réunions d'information. Enfin, elle se décline au travers des différents procédures et protocoles intégrées à la gestion documentaire, ou encore des plans de formation institutionnels. Après constitution d'un groupe de travail issu du groupe EPP « améliorer les pratiques de bientraitance », l'identification et l'analyse des risques ont été réalisées au regard des différentes données telles que les décisions V2010, la cartographie des risques maltraitance, les résultats des questionnaires de sortie, l'analyse des plaintes, CREX et études "patients traceurs" réalisés en amont de la visite de certification. La hiérarchisation a été réalisée par la qualité. Les actions d'amélioration, validées en second temps par le Comité de Pilotage (COPIL), ont été intégrées au Programme d'Amélioration Qualité (PAQ) et au Compte qualité (CQ) de la structure, avec définition des modalités de suivi (identification du pilote et calendrier de réalisation).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « droits des patients ». La responsable des usagers et la cadre de santé du pôle santé ont été nommées pilotes du processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la fiche de poste du pilote. Les droits des patients sont pris en compte dans le livret d'accueil du patient et les différents livrets (du personnel, des urgences...). La charte des patients hospitalisés est affichée dans l'établissement. L'établissement est engagé dans la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Un groupe de travail « bientraitance maltraitance » a été mis en place, il a réalisé un audit auprès des professionnels de santé et un audit est en cours sur l'état des locaux sur le pôle gériatrique. Une Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) interne intervient selon les besoins, l'établissement dispose d'ailleurs de 3 lits identifiés. Une IDE soins palliatif intervient sur l'établissement. Enfin, un comité de réflexion éthique est fonctionnel depuis 2015. Il est composé du président de la CME qui est président du comité, de la psychologue, de l'IDE des soins palliatifs, des IDE et AS, d'un philosophe, d'un juriste, de l'assistante sociale et d'un kinésithérapeute. Il vient en soutien, conseil et sensibilisation auprès des professionnels. Nous avons constaté lors des patients traceurs que les directives anticipées et la personne de confiance étaient régulièrement recherchées. Les ressources et/ou compétences sont en adéquation avec les différentes activités, par ailleurs, une ergothérapeute a été recrutée. Un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants a été mis en place. Sont prévus sur le plan de formation 2017, le refus de soins chez la personne âgée, les droits des patients, les soins palliatifs, le toucher relationnel, la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, l'évaluation et la prise en charge de la dépendance et des troubles du comportement. Des actions de sensibilisation régulières sur la bientraitance, le respect des libertés individuelles sont également conduites (réunions de services, EPP contention...). Le dispositif de gestion documentaire concernant les droits des patients est structuré (conduite à tenir en cas de maltraitance, modalités de signalement des cas de maltraitance, procédure du recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant le refus de soin, procédure de contention et d'alternative à la contention passive, procédure de dommages liés aux soins, procédure gestion des plaintes et réclamations...). Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels. L'information des patients sur leurs droits et/ou les missions de la CDU est réalisée via l'affichage de la charte du patient hospitalisé et la diffusion du livret d'accueil. De même, la composition de la CDU, les résultats des indicateurs sont affichés dans les services. La gestion des interfaces et des circuits est formalisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. La coordination entre le dispositif de gestion des plaintes et réclamations (registre tenu par la chargée de relation avec les usagers) et le signalement des événements indésirables est organisé. Dans ces acceptations, les membres de la CDU sont informés des plaintes et réclamations, qui font l'objet d'un traitement avec la concertation des responsables de service permettant à la chargée de relation avec les usagers avec validation du Directeur de rédiger sous huitaine, une réponse au plaignant. Les ressources matérielles nécessaires (douches aménagées pour personnes à mobilité réduite, lits douche, fauteuils roulants inclinables, matériel de contention adapté, lits type Alzheimer, rideaux télescopiques, lit d'appoint...) sont identifiées, les dispositifs d'entretien et de maintenance sont en place. Néanmoins il y a peu de douche (sur 34 chambres : seules 6 chambres individuelles sont équipées de douche, les 6

chambres doubles et 22 chambres individuelles n'en sont pas équipées obligeant les patients à utiliser la douche de l'étage. Sur le pôle de gériatrie en USLD sur 40 chambres, il existe 2 douches communes. Les professionnels réalisent leurs soins, y compris les soins d'hygiène malgré tout dans le respect de l'intimité des patients sur des lits douche soit au lit du patient ou dans la douche commune.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'appropriation de la démarche par les professionnels est portée par le COPIL Qualité et les cadres de santé qui œuvrent au plus près du terrain pour la qualité et la sécurité des soins et des prestations, dans leur domaine d'activité. Les cadres de santé s'assurent du respect des bonnes pratiques en matière de respect des droits des patients (bienveillance, personne de confiance, directives anticipées...) pour réajuster au besoin. Ces derniers ont mobilisé les professionnels notamment lors de "Quick audits", ou organisé des échanges (réunions, temps de transmissions...). Les professionnels participent à la déclaration des FSEI, aux EPP, aux patients traceurs, à l'analyse des plaintes et réclamations, au recueil des indicateurs; ils sont associés dans la définition des actions d'amélioration (FSEI, CREX, EPP contention physique et ses alternatives...). Ces actions sont ensuite intégrées dans le PAQ institutionnel. Dans le domaine des prises en charge soignantes, les projets personnalisés ou de vie identifient les conditions pour préserver les libertés individuelles des patients. Les situations pouvant conduire à leur non-respect (pathologie de type Alzheimer ou apparentées par exemple...) sont examinés en réunion de service, puis abordées avec la CDU et les représentants des usagers. La réflexion bénéfico-risque, la recherche du consentement (patient et/ou entourage) sont pris en considération. Concernant la prise en charge des patients sous contention, une EPP a été réalisée en 2016 avec comme objectif la réduction de la contention des patients. Un audit a permis d'identifier les différentes pratiques et des actions correctives ont été mises en place. Dans ce cadre, un protocole de contention et les stratégies alternatives a été formalisée. La prescription et sa réévaluation sont tracées dans le DPI, et l'IDE trace la surveillance programmée de cette contention. De plus, une fiche d'information à destination des familles a été faite. Par ailleurs, l'ergothérapeute fait un diagnostic et apporte son expertise pour trouver une alternative à la contention.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les axes de formation prioritairement retenus dans le cadre des orientations stratégiques et/ou projet de services sont mis en œuvre annuellement, au bénéfice des professionnels en abordant les droits des patients (promotion de la bienveillance, les soins palliatifs, l'accueil des patients et des proches aux urgences, le simulateur de vieillesse, l'éthique et alimentation, la douleur, la sensibilisation à la réflexion éthique et la gestion des plaintes...). Parallèlement, des actions de communication sont réalisées par les cadres de santé pour sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques (identification de la personne de confiance, respect de l'intimité, bienveillance, respect des libertés individuelles...). Les ressources en compétences internes et l'implication des usagers facilitent la réflexion autour des droits des patients. Une psychologue est présente au sein de l'établissement. Une information des patients sur leurs droits est donnée lors de l'entrée aux admissions (lieux qui permet la confidentialité), le livret d'accueil est remis lors de l'accueil et une présentation de l'établissement, du service, des équipes et du séjour est réalisée à l'admission par le personnel soignant. Des semaines thématiques (semaine de la sécurité...) sont organisés annuellement. L'information relative à la gestion des plaintes et réclamations ou de la commission de conciliation est organisée. Les procédures sont consultables sur la base de gestion documentaire (modalités de signalement d'un acte de maltraitance et conduite à tenir, procédure d'information du patient/entourage en cas de dommage lié aux soins, contention...). Le matériel est disponible pour la réalisation des activités, notamment la gestion des contentions éventuelles (fauteuils coques, tablettes sur les fauteuils...). Les locaux sont accessibles à l'accueil de personnes à mobilité réduite dans les quelques chambres seules. L'établissement a fait appel à un cabinet pour élaborer un bilan d'accessibilité en mai 2017. Par ailleurs, les patients ont la possibilité d'avoir une connexion WIFI gratuite sur les 2 pôles.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'Établissement a développé une organisation et des pratiques permettant d'assurer le respect des droits des patients (identification de la personne de confiance, directives anticipées...). Les professionnels prennent en charge des patients/résidents avec une volonté de respecter les rythmes et habitudes de vie des patients, et/ou de prendre en compte la dimension éthique dans les pratiques professionnelles. La mise en place du projet personnalisé de soins et projet de vie renforcent d'ailleurs cette dimension, ces derniers étant consignés dans le dossier. Ces différents constats ont été confirmés lors des études "patients traceurs" réalisées lors de la visite. Un accueil est personnalisé et un soutien de l'entourage des patients est apporté dans les situations qui le nécessitent. Une psychologue et l'IDE des soins palliatifs se tiennent à la disposition en cas de besoin. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommages lié aux soins est opérationnel. L'information délivrée est tracée par le médecin dans le dossier. De même, le recueil du consentement éclairé du patient pour tout acte à risque (transfusion, endoscopies, ponction

par exemple) est recueilli. Le refus de soin est tracé et doit être motivé. Les projets de l'établissement (projets de soins, qualité) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients (utilisation des protections après évaluation, toilettes en fonction des habitudes de vie, ...).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sur les droits des patients sont réalisées régulièrement (questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction sur l'USLD, Délai de prise en charge aux urgences...). Cette démarche est reprise par la CDU lors de ses rapports annuels. Un audit sur les pratiques des professionnels en matière de bien-être a été réalisé. Les résultats des différentes évaluations sont affichés dans les services. Les indicateurs en lien avec les réclamations ou remerciements sont suivis régulièrement au niveau de la Direction, ils font l'objet d'une discussion avec les représentants d'usagers et les membres de la CDU avec un retour aux responsables médicaux et non médicaux. Le taux de retour des questionnaires de sortie étant faible sur la médecine 6% et le SSR 13%, (100% en USLD) une réflexion est en cours pour une adaptation de ce questionnaire aux personnes âgées. Le traitement des plaintes et réclamations est transmise aux instances (notamment la CDU) et à l'ARS. Le bilan annuel des plaintes et des réclamations, incluant le délai de réponse moyen et l'exploitation des questionnaires de sortie sont présentés à la CDU. Ainsi, la prise en charge du respect des droits des patients est suivie à l'aide d'indicateurs (nombre de Quick audits réalisés, nombre d'actions de sensibilisation et nombre de professionnels sensibilisés, taux de retour des questionnaires de sortie, ...).

Le tableau de bord est ainsi suivi par le COPIL Qualité, lors de ses réunions périodiques.

## A / AGIR

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

Le traitement des plaintes et réclamations est transmise aux instances (notamment la CDU) et à l'ARS. Le bilan annuel des plaintes et des réclamations, incluant le délai de réponse moyen et l'exploitation des questionnaires de sortie sont présentés à la CDU. Ainsi, la prise en charge du respect des droits des patients est suivie à l'aide d'indicateurs (taux de retour des questionnaires de sortie, et enquêtes de satisfaction réalisés...). Le tableau de bord est suivi par le COPIL Qualité. Les améliorations proposées par la CDU sont inscrites après validation par la Direction dans le PAQ. Le PAQ intègre aussi les données issues des enquêtes de satisfaction, des plaintes écrites ou orales, des événements indésirables en lien avec les droits des patients. La communication des résultats d'évaluation et/ou des actions d'amélioration est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Également, les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués au personnel et aux patients lors des différentes réunions, ou par voie d'affichage.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

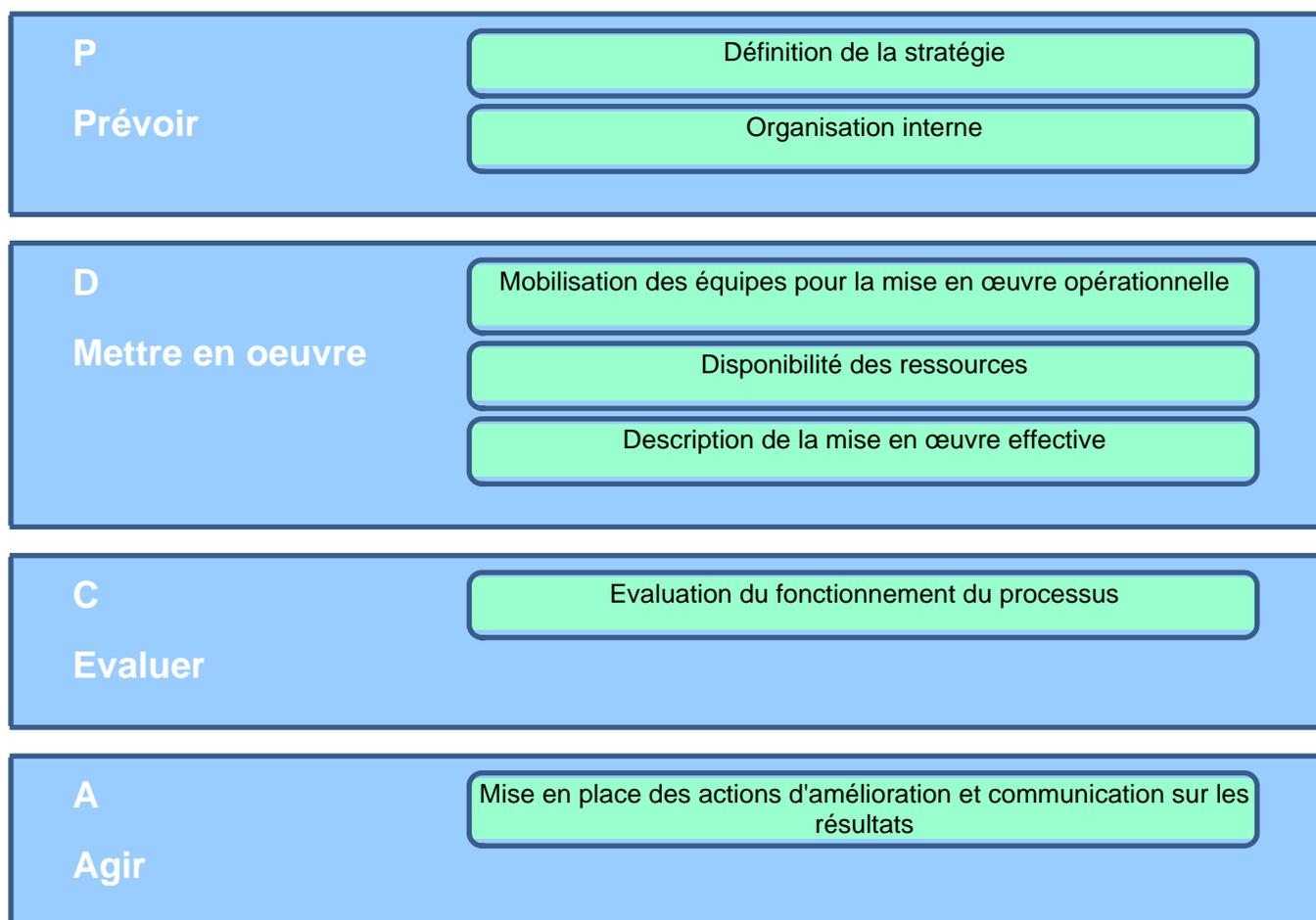
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Cosne sur Loire a mis à jour début 2017 sa stratégie concernant le parcours patient dans le projet médical du projet d'établissement 2017 – 2021. Stratégie complétée par la rédaction de politiques pour des prises en charge spécifiques : troubles nutritionnels, soins palliatifs, douleur etc... Ce projet décline les valeurs de l'établissement et décrit la place de l'Hôpital dans la réponse aux besoins du territoire. Le projet médical du GHT, qui intégré les 9 établissements publics du département avec des pôles inter-établissements, puis le Programme Régional de Santé ARS en cours de préparation en 2017, vont impacter les parcours patients du bassin de population de Cosne et donc le projet de l'établissement qui sera peut-être adapté. Le projet médical présente un ensemble d'actions (qui ne sont pas détaillées à ce stade) et il est complété par le projet de soins et le projet qualité gestion des risques. Après une analyse de risques, l'intégration des données des indicateurs, des décisions antérieures de certification V2010 et des audits, la stratégie médicale d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins et des vigilances a été déclinée en actions dans le PAQSS avec objectifs et indicateurs. La CME, le CTE, le conseil de surveillance, la CSIRMT, ont été constamment impliqués dans la préparation des objectifs du parcours patient. Les objectifs identifiés pour les différents parcours patient (médecine, hospitalisation de jour, urgences, SSR, SLD) sont suivis par le COPIL qualité-gestion des risques et des vigilances au moyen d'indicateurs de réalisation des actions.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient avec des pilotes institutionnels puis des pilotes opérationnels. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission. L'établissement a mis en place une organisation interne assurant une réponse adéquate à ses missions pour les ressources humaines et les compétences nécessaires. Les recrutements médicaux sont difficiles. Il existe des plannings de présence et d'astreinte médicale pour tous les secteurs y compris SSR et SLD. Les médecins des urgences assurent la garde de nuit et de dimanche pour le service de médecine situé sur le même site. Les activités sont regroupées sur 2 sites :

1. Le pôle santé avec urgences, Smur, lits de médecine, de soins continus, de soins palliatifs et d'hôpital de jour. Le pôle santé est partagé avec d'autres activités : la clinique privée du Nohain pour l'obstétrique et la chirurgie, le laboratoire et le service d'imagerie avec un IRM. L'hôpital y loue des locaux datant de la fin des années 60, et n'en maîtrise pas l'évolution : manque de salles de réunion, de rééducation, d'espace pour l'hôpital de jour, de douches dans les chambres, mauvais confort thermique en été et en hiver (fenêtres et toiture).

2. Le pôle gériatrique avec le secteur SSR, quelques lits de médecine gériatrique, les soins de longue durée (SLD) et les EHPAD dans différents bâtiments. Il comporte aussi la pharmacie et les services supports administratifs et logistiques. Face aux attentes d'amélioration en matière hôtelière : chambres à 2 lits majoritaires, manque de douches (2 pour 40 lits en SLD/EHPAD...). Une étude pour définir un programme de rénovation du secteur médico-social (SLD et EHPAD) est lancée par la direction.

La gestion des interfaces et la communication entre services sont favorisées par la taille moyenne de l'établissement. Le regroupement sur le pôle santé public-privé favorise la continuité des soins et des actes médicotechniques pour le patient, des urgences à la chirurgie ou à la médecine. Les communications sont néanmoins plus difficiles entre les 2 pôles distant de quelques kilomètres. Des informations sont délivrées par le bulletin "Flash infos", des réunions générales, des réunions de services, des affichages. Les équipes soignantes IDE et Aides-soignants sont complétées par des rééducateurs (psychologues, kinésithérapeute, éducateur sportif, ergothérapeute...) et des travailleurs sociaux. La coordination des soins est confortée par des réunions pluri professionnelles par secteur. Le Dossier Patient Informatisé, pluri professionnel, est en place dans tous les services de soins mais une part des informations reste présente sous format papier dans un dossier séparé (courriers d'entrée et avis spécialisés, résultats de laboratoire et imagerie...). Des formations collectives courtes sont réalisées pour les soignants en cours de journée. S'y ajoutent les formations du plan, telles que soins palliatifs, éducation thérapeutique, diabète, gériatrie, AFGSU, gestion du stress, éthique, risque suicidaire etc... Les procédures ont été révisées profitant de la progression de la démarche qualité et des groupes de travail depuis 1 an. Le taux de réactualisation est suivi. Elles sont accessibles sur les postes informatiques en attendant l'installation en 2018 d'une application de gestion documentaire déjà choisie. Des documents sur support papier sont accessibles au service qualité en cas d'éventuel recours à un mode dégradé. Les modalités de transmission de l'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs ne sont pas toujours définies. Les examens de biologie sont prélevés par les IDE et réalisés par le laboratoire privé situé sur le pôle santé. Un réseau pneumatique permet l'envoi rapide des urgences. Le biologiste n'a pas accès au dossier patient pour les renseignements cliniques. Les résultats ne sont pas

transmis automatiquement et intégrés dans le DPI avec des alertes, mais adressés par papier/fax et classés dans le dossier papier. Le médecin peut aussi accéder à un serveur de données. Le protocole datant de 2012 ne prend pas en compte l'implantation du DPI. Pour l'imagerie, le radiologue n'a pas accès aux dossier clinique. Les médecins des unités reçoivent des comptes rendus papier et n'ont pas accès aux images numérisées (sauf à se déplacer au centre d'imagerie). Il existe des conventions entre les partenaires mais pas de protocoles ou modes opératoires pour l'imagerie (et à actualiser pour le laboratoire) décrivant les tâches et les circuits pour la réalisation et le retour de ces prestations de façon optimale (rapide, fiable). Aux urgences le traitement est tracé dans l'observation médicale. Le module prescription du logiciel des urgences n'est pas opérationnel, privant les médecins d'une aide à la prescription, la pharmacie de l'analyse et les IDE de la traçabilité en temps réel.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs et des plans d'action sont déclinés au niveau institutionnel dans le PAQSS intégrant toutes les actions du Compte Qualité. Les membres du COPIL qualité sont les professionnels principalement chargés du déploiement opérationnel. Les professionnels participent aux instances CLAN, CLIN, CLUD et dans le cadre des groupes EPP et des CREX. Il y a un affichage dans les infirmeries des principaux risques pour l'activité concernée ainsi que des programmes EPP. Des actions périodiques d'évaluation sont menées en copil qualité : réunions autour des déclarations d'évènements indésirables, CREX. Les patients traceurs ont été engagés apportant certaines informations et propositions d'actions à la thématique parcours du patient. Les responsables, s'assurent de la conformité des pratiques concernant le parcours patient et informent les professionnels des résultats. Des actions correctives ont été identifiées et mises en place, elles sont communiquées aux équipes. Les comptes rendus des instances et la documentation sont accessibles sur les postes informatiques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont diversifiées. Une structure d'hospitalisation complète est fonctionnelle, mais avec des limitations concernant les espaces de travail sur le pôle santé et les chambres sur les 2 sites. Les postes informatiques fixes ou mobiles sont en nombre adéquat. L'hôpital de jour dispose de 3 places limitées à l'espace d'une chambre, disposant de 3 fauteuils de repos, où sont réalisés les actes. Une documentation actualisée est disponible sur les postes informatiques. La permanence des soins est assurée 24h/24 par un système défini de règles de présence (plannings des médecins, IDE, AS, etc...) et d'astreintes pour les médecins la nuit et le dimanche sur le pôle gériatrique complété par les urgentistes sur le pôle santé. Des dispositifs adaptés de prise en charge des urgences vitales sont en place avec des charriots vérifiés et scellés. Celui de l'unité de soins de longue durée est le dernier commandé pour mise aux normes. Certains modules des solutions informatiques ne sont pas encore déployés comme la prescription aux urgences ou le projet de soins personnalisé. Les documents papier (courriers, labo etc...) ne sont pas scannés dans le DPI en cours de séjour. Certains le sont lors de l'archivage (dernier laboratoire, courrier). La sécurisation physique des locaux a fait l'objet d'étude avec le CHSCT et de décisions institutionnelles pour les urgences en particulier. Des aménagements sont en cours d'achèvement. Des programmes d'éducation thérapeutiques (ETP) ne sont pas proposés aux patients. Des professionnels ont été formés à l'éducation thérapeutique dans certains secteurs (médecine). Des actions d'éducation sont réalisées par exemple pour l'alimentation, les chutes ou la douleur, mais la culture de l'ETP formalisée n'est pas développée dans l'établissement. L'établissement n'a pas de programme autorisé par l'ARS, ni de relation avec les réseaux et services extérieurs du territoire (réseau RéseDia, caramel, unité ETP du CHN) pouvant recevoir les patients et pour qui l'ETP présente un intérêt.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement concernant le parcours patient. Les médecins, les cadres de santé, coordonnent la mise en œuvre de ce processus qui repose sur le dossier patient informatisé. La tenue du dossier (IPAQSS) a été évaluée en 2015 conforme à l'objectif national. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée à l'entrée par le médecin généraliste et l'IDE. Les avis compétents sont recherchés et l'équipe pluridisciplinaire contribue à la prise en charge du patient, souvent en relation avec les familles. Des réunions pluri professionnelles sont en place dans tous les secteurs. Les activités de soins de suite et réadaptation sont organisées à la suite d'un séjour en médecine ou par transfert d'autres structures. La prise en charge des patients âgés est organisée et représente l'essentiel des prises en charges tous secteurs confondus. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est tracé dans le dossier du patient, les marqueurs anthropométriques sont renseignés, marqueurs biologiques renseignés. Le recueil des quantités consommées (ingestats) est réalisé par les AS et les diététiciennes adaptent les apports alimentaires des repas réalisés par le prestataire. Le risque suicidaire est évalué selon les protocoles par le médecin lors des entretiens d'entrée et tracés dans le dossier du patient. L'éducation thérapeutique du patient n'est pas encore mise en œuvre, y compris pour proposer un programme adapté dans une autre structure du

territoire. L'organisation de la sortie des patients permet d'assurer la continuité des soins. La préparation de la sortie se fait en lien avec les travailleurs sociaux de l'établissement et l'entourage si nécessaire. Une macro cible spécifique est renseignée en amont par les IDE. Le courrier médical de synthèse, les prescriptions nécessaires à la continuité des soins, une fiche de liaison IDE éventuelle, sont remises au patient. L'indicateur IPAQSS 2015 atteste de la qualité du courrier de fin d'hospitalisation en SSR et des résultats modestes en médecine pour la qualité du document désormais produit le jour de la sortie en médecine. Le projet de soins personnalisé PPS n'est pas toujours réajusté L'évaluation initiale est réalisée, les avis compétents sont recherchés et l'équipe pluridisciplinaire contribue à la prise en charge du patient, souvent en relation avec les familles. Néanmoins la trace d'un projet personnalisé, avec les objectifs du séjour réévalués périodiquement n'est pas toujours retrouvée. Lors des patients traceurs en médecine et SSR ces éléments n'étaient pas toujours présents. Pour l'un d'entre eux en l'absence d'observation pendant 1 mois.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation et le suivi, notamment à l'aide d'indicateurs, de la mise en œuvre du parcours patient sont assurés par les pilotes de ce processus sur la base d'outils identifiés : évènements indésirables analysés en copil, réalisation de crex. 4 EPP portent actuellement sur le parcours patient : prévention des chutes, traçabilité de la prise en charge, bienveillance, troubles de la déglutition auxquelles s'ajoutent les patients traceurs. Les indicateurs IPAQSS sont recueillis, des questionnaires de satisfaction ; des indicateurs en lien avec le PAQSS, les chutes, etc.... Un plan annuel d'audits est établi.

## **A / AGIR**

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

L'analyse des résultats en lien avec les professionnels concernés à donné lieu à de très nombreuses actions d'amélioration, pour le compte qualité réalisé en fin d'année 2016, plus de la moitié des actions ont été réalisées lors de la visite 6 mois plus tard. La collecte de ces informations, présentés dans les instances n'est pas communiquée de façon ciblée par tableaux de bord adaptés à chaque secteur. Certaines données sont régulièrement affichées. Le PAQSS de l'établissement est suivi régulièrement en copil. Un support de communication flash info est diffusé aux professionnels. Des actions de communication externe sont réalisées ponctuellement pour présenter le parcours de patients au CH de Cosne (journée portes ouvertes, symposium, journées Alzheimer etc...).

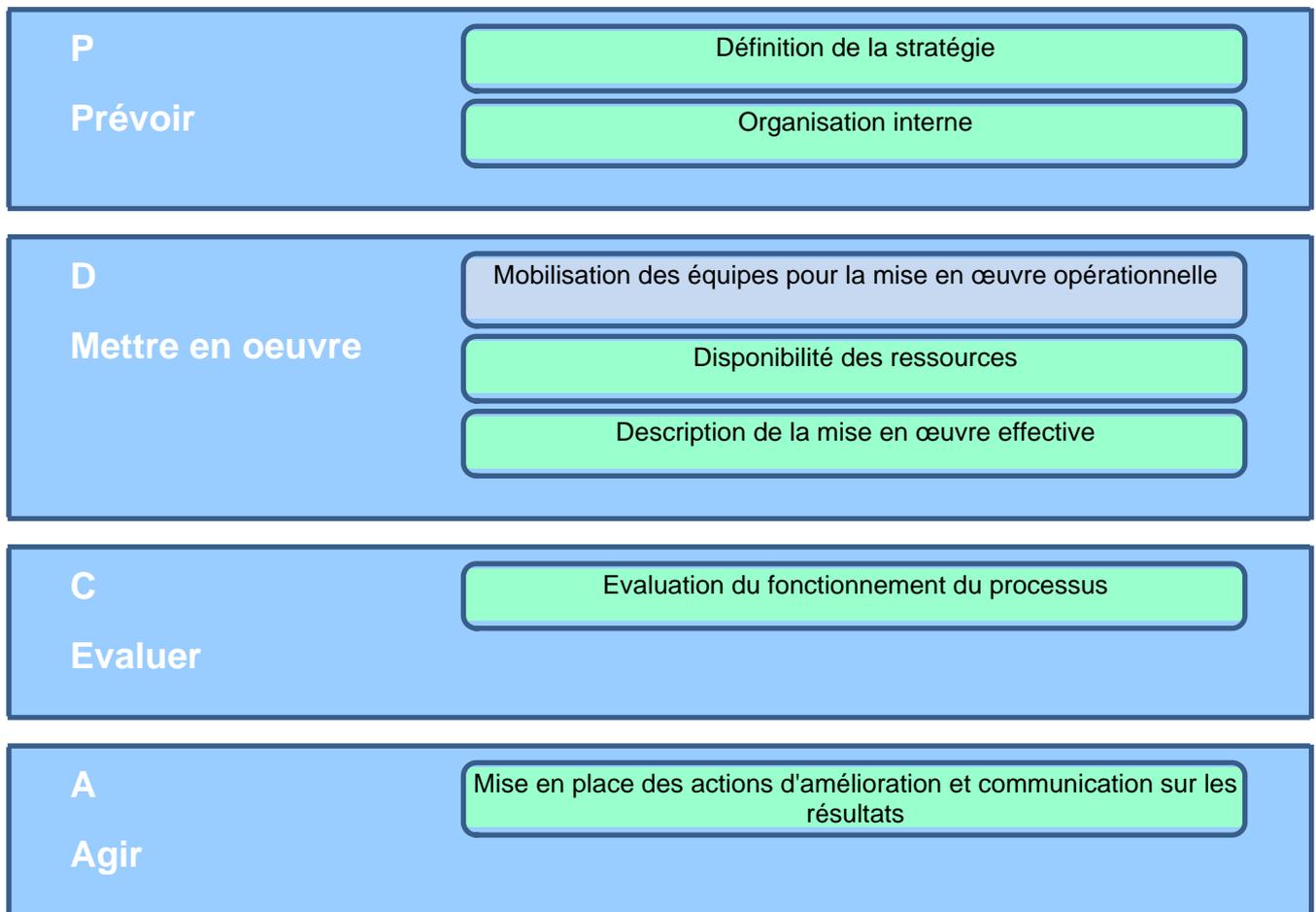
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Dans l'attente du projet stratégique du DPI qui n'est pas encore abouti et du Plan d'actions territorial en cours de réflexion dans le schéma directeur, des objectifs de la politique "dossier patient" sont inscrits dans l'axe 1 de la politique qualité et dans le projet de soins 2017-2021 (poursuivre le déploiement du DPI, développer le paramétrage des logiciels URQUAL et Crossway). En s'inscrivant dans une logique de sécurisation et en déclinant un programme d'actions dont les modalités sont formalisées (responsabilités, délais, indicateurs de suivi établis), cette politique s'est donc appuyée sur une analyse des besoins et des risques de la structure, avant d'être validée par la Direction et les instances (CME, CDU, COPIL). Ainsi, à partir de la grille préparée par le COPIL Qualité, sur la base d'une identification du contexte, de la réglementation, des résultats de la dernière itération de Certification, des IQSS ou audits/enquêtes (EPP, questionnaires de sortie...) et de l'analyse des dysfonctionnements (événements indésirables, CREX, registre plaintes et réclamations...), le groupe de travail a identifié les actions à mettre en place sur les 8 risques identifiés. L'établissement a fait le choix de ne pas intégrer les risques liés à l'informatisation traités par le groupe du SIH, toutefois des réunions mensuelles communes de la cellule informatique permettent de partager les informations.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration « dossier patient », dans le Compte Qualité (CQ) et dans le PAQSS de l'établissement. Le programme est présenté annuellement aux instances dont la CDU. Le dossier patient informatique (DPI) bien approprié par l'ensemble des professionnels est déployé depuis 2013 en médecine pour la partie médicale (prescription, validation et constantes), en 2014 pour le SSR et en 2016 pour l'USLD pour la partie infirmière dans l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Des pilotes du dossier patient et du système d'information sont identifiés. Le rôles et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique du dossier du patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste. La démarche repose également sur une collaboration avec l'éditeur du dossier informatisé, au regard du cahier des charges établi. Les différentes procédures liées au dossier patient sont formalisées: règles de gestion papier et informatique, responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, circulation, Charte du bon usage des moyens informatiques et du réseau, mode dégradé et plan de reprise en cas de panne informatique, droits d'accès du patient à son dossier... Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. L'accès au dossier par les professionnels se fait par identifiant et mot de passe individuel en fonction des profils métiers. Un code temporaire est attribué aux professionnels intérimaires et étudiants. 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 fixé que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires. Le matériel informatique est adapté. Un plan d'achat et de maintenance permet le renouvellement des postes informatiques. L'accès du patient à son dossier est organisé par une procédure validée. Une procédure de réponse à une demande de communication du DPI est formalisée et disponible dans la gestion documentaire. On retrouve cette information dans le livret d'accueil. Un document « accès à votre dossier médical » est à destination des professionnels (31 demandes en 2016). Une proposition de rencontre pour la consultation du dossier sur place est faite par le médecin médiateur. L'AAH/DIM est identifiée comme la personne référente pour assurer l'accès du patient à son dossier. Par ailleurs, les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés, au regard du plan de formation/sensibilisation destinés aux professionnels concernés, notamment les nouveaux arrivants /intérimaires/étudiants. La formation des professionnels au logiciel informatique est organisée, par l'éditeur qui a formé des référents informatiques (pharmacienne rédige les protocoles, paramètre les prescriptions, forme les prescripteurs, la TIM qui a eu une formation spécifique pour le paramétrage et référente sur plusieurs modules. Un temps lui a été dédié pour cette activité). De plus, une cellule de référents du CH de NEVERS apporte un soutien, des échanges et partages de pratiques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les pilotes et co pilotes en collaboration avec les cadres de santé communiquent auprès des équipes sur la politique du dossier du patient de l'établissement et sur sa mise en œuvre. Elles impulsent une démarche d'amélioration au sein de chaque secteur, en lien avec les orientations de l'établissement. Chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques et a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre. Le management s'assure de la conformité des pratiques

aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) et lors des quicks audits. Il met en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles participent à l'élaboration des protocoles et autres documents, aux évaluations du dossier du patient, à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables et des plaintes et réclamations. Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur service sur le dossier du patient, à ceux de l'établissement et aux évaluations sur la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels en poste, les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés par les référentes. Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés. Des documents d'information sont mis à disposition des patients. Les professionnels disposent de postes informatiques fixes et portables qui font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance par l'équipe informatique. Les locaux d'archivage sont sécurisés permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Un second lieu d'archivage est externalisé.

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

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la tenue et la gestion du dossier patient, ce qui est confirmé par les derniers résultats IQSS ou les observations terrain lors des audits de processus et/ou l'étude des patients traceurs. L'indicateur IQSS DPA/SSR de 2016 montre une nette amélioration sur le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation. Les patients partent avec un courrier de synthèse le jour de la sortie dans la moitié des cas dans l'attente du compte rendu à destination du médecin traitant. Les interfaces entre les unités de soins et le DIM, la coordination entre les acteurs sont opérationnelles et facilitées compte tenu de la taille des 2 pôles et des liens interpersonnels existant au quotidien. L'ensemble des documents papiers est conservé pendant le séjour dans les salles de soins des unités à l'accès sécurisé, pour être ensuite archivés dans le local d'archives centralisé. Les demandes d'accès du patient (ou des ayants droits) au dossier est présenté à la CDU, intégré par ailleurs au rapport d'activité annuel de cette instance. L'établissement suit des indicateurs de délai de réponse (tableau de bord) démontrant que l'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation (6 jours en 2016). Cependant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas toujours disponibles en temps utile. Le dossier informatique ne comporte pas toutes les données du patient pendant le séjour. Les données du laboratoire par exemple ne sont pas versées automatiquement dans le DPI. La coexistence du dossier papier contenant par exemple les courriers, compte rendus de consultations ou d'examen (laboratoire, imagerie...) et du dossier informatique ne permet pas une unicité de classement et d'accès aux informations. Certains documents sont scannés à la sortie en médecine sans qu'il n'existe de politique de scannage généralisé à ce stade.

### **C / EVALUER**

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

L'évaluation de la gestion du dossier patient se fait sur la base d'indicateurs, issus des IQSS, des déclarations d'événements indésirables (en particulier portant sur l'identitovigilance), des quick audits mensuels (5 dossiers) sur la traçabilité de la personne de confiance, des directives anticipées, douleur, escarres, nutrition... des EPP, du suivi du nombre de demande d'accès au dossier patient. Le suivi des évaluations est réalisé lors des réunions du COPIL Qualité, de la CME et de la CDU. Il en est ainsi également en ce qui concerne l'analyse des déclarations d'événements indésirables, associant par ce biais les professionnels concernés et aboutissant de fait à la définition d'actions correctives qui seront validées ensuite par le COPIL Qualité et intégrées au PAQ avant d'être mises en œuvre. Les différents résultats sont communiqués aux professionnels, aux membres de la CDU et aux patients/usagers, notamment à l'aide de tableaux de bord (résultats IQSS affichés au niveau des points de passage obligés des patients/visiteurs). De même, dans le cadre du CQ, les risques relatifs aux dossiers patients sont suivis et les plans d'amélioration venant en réponse identifient les responsables, les échéanciers et les modalités de suivi.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration (guide du dossier patient, procédure dégradée, communication ou consultation du dossier médical du patient, fonctionnement en mode dégradé de la prescription et du DSI, fascicule

d'accès au dossier médical » ...) prévues par l'établissement sont mises en œuvre et inscrites dans le PAQSS institutionnel. Les résultats des évaluations QSS sont affichés conformément à la réglementation et présentés aux différentes réunions de cadres et instances dont la CDU. Le COPIL Qualité et la CME assurent le suivi à partir des planifications et modalités de suivis établies, réajustant au besoin le PAQ périodiquement (au moins annuellement). Une communication est engagée au niveau des différentes instances concernées (CME, CDU...), des professionnels, lors des différentes réunions (réunions de services, groupes de travail, temps de transmission, ...) et/ou rapport d'activités et/ou campagnes d'affichage.

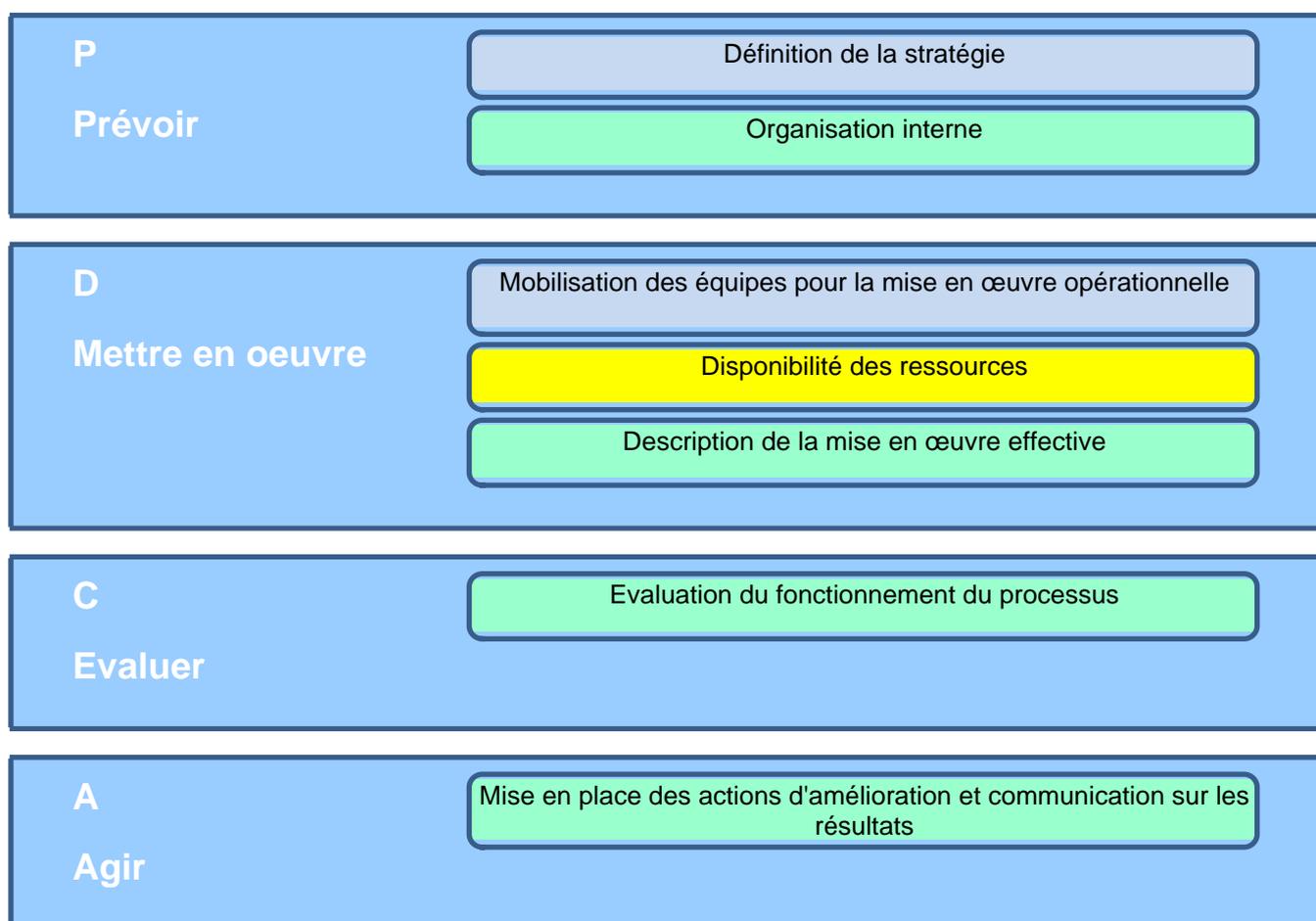
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec dispositions spécifiques au sujet âgé formalisée est un axe stratégique de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Elle respecte les engagements de l'établissement pris dans le contrat de Bon Usage des médicaments signé entre le Centre hospitalier et l'ARS. Un programme d'actions assorti d'indicateurs est intégré dans le programme d'actions de l'établissement établi par la cellule Qualité et gestion des risques. Cette politique dont l'objectif prioritaire est la diminution du risque iatrogène évitable comprend 7 axes dont un sur la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé. Elle a été validée en CME et COMEDIMS en 2013. Le manuel qualité reprend le management du médicament et toutes les étapes du circuit du médicament. Une première cartographie des risques a priori a été réalisée par la pharmacienne, une cadre de santé et une IDE par secteur à partir de l'outil Archimed puis complétée par une analyse de risques réalisée par un groupe pluridisciplinaire (médecin, coordonnatrice des soins, cadre de santé, Préparateur, 3 IDE, et du responsable qualité) à partir de la grille HAS, des recommandations de la visite de certification, des FSEI, des textes réglementaires, des patients traceurs, des résultats des indicateurs nationaux, du CBU et des différents audits. Un programme d'actions assorti d'indicateurs est intégré dans le PAQSS général de l'établissement. Les actions de maîtrise sont inscrites dans le PAQ institutionnel et dans le Compte Qualité, avec désignation des responsables, échéances et priorités, ces derniers ayant été présentés aux instances concernées (CME, COMEDIMS, COPIL Qualité) et aux professionnels.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est confié à la pharmacienne, nommée également responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RQPCM), présidente du COMEDIMS et du Comité des Antibiotiques, ainsi que correspondante en pharmacovigilance et matériovigilance dont les différentes missions demeurent formalisées (Manuel Qualité de la PECM, fiches de postes...). L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est rattachée au système d'information hospitalier, est déployée au sein de la structure de la prescription à l'administration sur les 3 prises en charge (sauf aux urgences qui n'a pas encore le module paramétré). L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique du circuit du médicament sont définis. Les besoins en compétences ont été identifiés et sont en adéquation avec les besoins (1 ETP de pharmacienne et 3 ETP de préparatrices en pharmacie). Les ressources documentaires en lien avec le circuit du médicament sont structurées; elles concernent la prescription, l'analyse pharmaceutique, la dispensation, l'administration, les transports, le stockage, la gestion des stupéfiants ou du traitement personnel, l'identification et la gestion des médicaments à risques ou à ne pas broyer, les outils d'aide à la prescription avec notamment le livret thérapeutique... La gestion des interfaces entre la PUI et les différents secteurs d'activité est organisée, nourrie des échanges / réunions planifiés (COMEDIMS/Comité ATB, groupe de travail, sessions de sensibilisation...), des liaisons fonctionnelles définies (pharmacie/secteurs de soins/laboratoire, dotation besoins urgents...), des recours aux compétences disponibles (avis infectieux, cliniques...). L'établissement s'est organisé pour mettre à disposition de la pharmacie la liste actualisée des prescripteurs habilités. Il a organisé la permanence pharmaceutique avec la mise en place d'une dotation pour besoins urgents (réalisée avec les médecins) dans chaque secteur d'activité. Cette dotation est inscrite dans le livret du médicament. Par ailleurs, les prescripteurs ont la possibilité de faire appel aux pharmacies de ville et au CH de Nevers conformément au protocole d'emprunt. Une formation sur le risque d'erreurs réalisée en 2013 par la pharmacienne, est prévue de manière institutionnelle à partir de 2017 conformément au plan de formation. Le risque est toutefois abordé lors de la formation avec le CLUD sur l'utilisation du MEOPA. De plus, la pharmacienne sensibilise régulièrement les professionnels lors des semaines annuelles de sécurité et des journées portes ouvertes. En complément, des actions de sensibilisation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont régulièrement réalisées et conduites lors des retours de non-conformité de l'analyse des différents audits, EPP, CREX, ou lors des réunions par la qualité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La déclinaison stratégique de la politique du circuit du médicament au niveau des différents secteurs de soins, rendue aisée par la taille de l'établissement, est assurée par la pharmacienne et les cadres de santé et le responsable qualité. Le suivi de l'appropriation des bonnes pratiques par les équipes repose sur le suivi des indicateurs, les différents audits de pratiques ponctuels et réguliers réalisés par les cadres de santé et tableaux de bord du processus, repris et analysés au besoin par les cadres de santé avec les

professionnels. Les professionnels s'impliquent en participant aux démarches d'EPP, au traitement des événements indésirables et CREX ainsi que dans la définition des actions correctives, réintégré et suivis ensuite au sein du PAQ. La mobilisation des équipes concerne également l'incitation au signalement des erreurs médicamenteuses. Les événements indésirables du circuit du médicament sont déclarés sur la fiche générale de déclaration d'EI (7 en 2017). Certaines de ces déclarations seront suivies de CREX (4 en 2016), analyse de cause, actions d'amélioration et suivi de ces actions. Par ailleurs, les professionnels participent aux semaines de sécurité annuelles et aux Portes ouvertes avec stand sur médicaments (quizz, recommandations pour organiser sa pharmacie ...). Ces démarches sont complétées par des plans de communication à destination des professionnels concernés, dont les moyens peuvent être variés (Instances, réunions, flashinfo).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences, médicales ou paramédicales, sont adaptés et mobilisés pour déployer la stratégie de prise en charge médicamenteuse. La formation des professionnels sur la thématique est engagée, elle est assurée pour les nouveaux médecins par la pharmacienne et pour les soignants par les référents "dossier patient". La prescription est réalisée par un prescripteur habilité dont le nom figure sur une liste établie par le Directeur du Centre Hospitalier. Cette liste est actualisée en cas de recrutement. Pour chaque praticien la pharmacie dispose d'une fiche d'identification avec son statut, sa spécialité, et sa signature. Pour les médecins dont le statut nécessite une délégation pour la prescription des médicaments, la pharmacie a une copie de cette délégation. Le processus de recueil des besoins en formation et d'élaboration du plan de formation fonctionne au CH de Cosnes et intègre les priorités nationales et internes. Les ressources documentaires sont disponibles, actualisées et connues des professionnels. Elles sont accessibles dans la gestion documentaire. Les matériels informatiques sont fonctionnels, disponibles. La maintenance des outils informatiques est assurée par les informaticiens. L'approvisionnement est assuré de façon à disposer des médicaments nécessaires dans les délais adaptés. Les modalités d'approvisionnement en urgence sont appliquées. L'acheminement des médicaments est réalisé dans les services de soins sur les 2 sites par des containers fermés. Le transport des stupéfiants est assuré par les responsables de soins. La chaîne du froid est respectée. La température et l'entretien des réfrigérateurs des médicaments sont tracés. Bien que l'établissement priorise les commercialisations de médicaments en dose unitaire, en l'absence de moyen de reconditionnement à la PUI, il a été retrouvé au niveau des piluliers mis à disposition du personnel au moment de la délivrance au patient des médicaments libres de toutes identifications (absence de nom, dose, lot, péremption...). L'établissement avait identifié ce risque mais pas eu le temps nécessaire pour le mettre en place. Durant la visite, la pharmacienne a mis en place une nouvelle organisation formalisée dans une procédure: pour les médicaments qui sont en blister mais pas en conditionnement unitaire, la plaquette est découpée et le médicament est mis dans un sachet avec le nom du médicament, le N° du lot et la date de péremption. Pour les médicaments en demi ou quart de dose et pour ceux qui ne sont pas en blister mais en pot, le médicament est mis dans un sachet avec le nom, N° de lot et date de péremption. De plus, à la PUI, les sachets contenant le traitement des patients pour une semaine en SSR/médecine sont identifiés de manière manuscrite. L'établissement n'avait pas identifié ce risque mais a réagi rapidement en réorganisant le circuit des étiquettes patients afin d'en être destinataire. Par ailleurs, afin d'adapter au mieux les prescriptions pour les patients âgés aux troubles de déglutition, l'établissement privilégie les formes liquides, toutefois les médicaments à écraser le sont avec des écrases pilules qui peuvent entraîner un risque iatrogénique. L'IDE écrase tous les médicaments dans la même cupule sans faire de nettoyage entre chaque médicament. L'établissement conscient du risque a fait une commande de matériel adapté (10 écrases pilules) conformément aux recommandations de l'OMEDIT qu'il a reçu et mis en place pendant la visite. A la PUI, le circuit pour la rétrocession permet la confidentialité. Les règles de stockage des médicaments ne sont pas totalement respectées pour ce qui concerne les locaux de la PUI. En effet, les grandes fenêtres de la pharmacie, (fermées la nuit par des volets roulants), ne sont pas équipés de barreaux anti intrusion et ne comportent pas d'alarme incendie. De plus, le local n'a pas d'alarme anti intrusion (porte ou volumétrique). Le réfrigérateur, équipé d'une alarme visuelle et sonore, n'est pas reliée à un lieu assurant une possibilité de surveillance 24h/24.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les situations et les médicaments à risques sont identifiés sur une liste élaborée par la pharmacienne (validée en COMEDIMS en avril 2013). Les médicaments à risques ont été identifiés dans les armoires à pharmacie et sur les piluliers au cours de la visite, la procédure réactualisée sera validée à la prochaine CME. A la PUI, les solutés et l'usage unique (collecteurs, plateaux...) sont stockés sur des palettes en bois dans leurs cartons d'origine. Ce sont les IDE qui les décartonnent dans leur unité avant de les ranger. L'établissement n'avait pas identifié ce risque, une commande de palettes plastiques a été faite pendant la visite et l'organisation du transport des solutés a été revue. Sur le pôle gériatrie basé près de la pharmacie, les solutés seront décartonnés à la pharmacie et sur le pôle santé qui se trouve sur un autre site, le décartonnage sera réalisé dans les réserves dans les unités. La procédure a été réactualisée dans ce sens. Le pilotage reposant sur le COMEDIMS/Comité ATB (sous-commissions de la CME), cette dernière se réunit régulièrement et la participation des acteurs effective. Tout en prenant en compte la gestion du traitement personnel, la continuité des prescriptions médicamenteuses est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. La gestion des interfaces entre la PUI et les différents secteurs est organisée: les modalités de dispensation et l'organisation de la permanence pharmaceutique, la gestion des avis

pharmaceutiques (sauf aux urgences), les réunions pluridisciplinaires, les staffs. Elle est soutenue par une organisation et des interfaces garantissant entre autre un approvisionnement permanent. L'informatisation du circuit du médicament permet l'utilisation d'un support unique pour la prescription et l'administration. Les prescriptions sont rédigées par les prescripteurs autorisés (dont la liste est connue du service Pharmacie). Les observations réalisées dans le cadre des audits de processus et/ou études "Patients Traceurs" confirment cette tendance. Dans tous les services du Centre Hospitalier, la prescription est informatisée ce qui permet d'avoir une traçabilité en temps réel. En cas de non prise quelle qu'en soit la raison, les IDE informent le prescripteur et tracent cette non prise avec un commentaire obligatoire. L'aide à la prescription est possible depuis le logiciel de prescription au livret thérapeutique de l'établissement, et à une banque de données. Il permet aussi d'avoir un historique médicamenteux immédiat. En cas de panne informatique, la procédure dégradée est mise en place. La sauvegarde des prescriptions est réalisée régulièrement. Les prescriptions d'antibiotiques sont limitées à 72 heures, la nécessité d'une réévaluation est signalée par une alerte. La dispensation des médicaments est nominative, pour une durée d'une semaine pour la médecine et le SSR avec mise à jour autant que de besoin. Elle est globalisée pour les urgences. Les préparatrices en pharmacie préparent les piluliers hebdomadaires des résidents de l'USLD. En médecine et SSR les IDE de nuit préparent les pilluliers journalier. Lors de la sortie d'un patient ou d'un arrêt de traitement, les services de soins retournent à la pharmacie les traitements non utilisés. Cette délivrance se fait par reconstitution de la dotation des médicaments de l'unité de soins. Des modalités particulières de délivrance sont organisées pour les médicaments stupéfiants (délivrance nominative respectant la prescription réalisée sur le cahier des stupéfiants), les médicaments dérivés du sang (délivrance nominative sur l'ordonnance particulière permettant d'assurer la traçabilité, de la délivrance et de l'administration). L'analyse pharmaceutique est réalisée sur la majorité des services (sauf pour les urgences où les prescriptions pour les externes sont tracées dans le résumé médical) du traitement médicamenteux du patient, y compris le traitement personnel. La traçabilité de l'analyse est effective sauf aux urgences, des avis pharmaceutiques sont consignés selon nécessité. Une information des patients sur le bon usage des médicaments est donnée comme par exemple pour la douleur avec remise du guide d'utilisation des antalgiques morphiniques à domicile et pour les AVK avec remise du livret. De plus, la pharmacienne met à disposition des patients un livret sur la pharmacie familiale (rangement et lieux d'installation) et les médicaments d'automédication. Le patient est informé de la survenue d'un effet indésirable médicamenteux le concernant et de son éventuelle déclaration aux autorités sanitaires. La traçabilité de cette information est notifiée dans le dossier médical du patient. Les règles de traçabilité des médicaments ne sont pas totalement respectées. En effet, l'administration du traitement est inégalement tracé en temps réel en USLD pour des raisons de connexion du système wifi et d'organisation pour certaines IDE, ce que confirme l'audit réalisé en avril 2017. Les IDE ont une perte de connexion dans certains endroits du service. L'établissement a fait faire une étude par le Responsable du Système d'information sur la couverture Wifi. D'autre part, la coordonnatrice des soins et les cadres de santé ont fait une réunion pour rappeler aux IDE de tracer en temps réel et revoir leur organisation pour se faire aider si besoin par les aides soignantes pur l'aide à la prise des médicaments. La mise en œuvre effective et pèrene des modifications en cours sur la traçabilité devront être confirmées par des audits de pratiques.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation est mis en place, l'établissement réalise des audits (sur la prescription, la consommation, visites des armoires de service) des EPP (Benzodiazépines, Respect de la forme galénique..) ainsi que des audits cliniques sur les étapes du circuit du médicament et des Quick audits mensuel réalisés par les cadres de santé sur la traçabilité dans le DPI et ponctuellement par la coordonnatrice des soins. La dernière inspection de la pharmacie datée de 2001 (après le déménagement). Un réajustement de la grille d'audit « administration, traçabilité et stockage des médicaments » a été réalisé en avril 2017. Un retour a été fait dans les services ainsi qu'une sensibilisation aux bonnes pratiques. Un suivi des indicateurs (CBU , FSEI, CREX) est réalisé.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place telles que la préparation des piluliers à la pharmacie par la Préparatrice en pharmacie, l'achat de chariots d'urgence, l'harmonisation des contenus, la mise en place et la traçabilité de la péremption, procédures réactualisées...). Le PAQSS est réajusté. La communication se fait en instances et différentes réunions, et via le flash info. Enfin, les résultats des IQSS sont diffusés à l'entrée de la structure, permettant leur communication aux usagers.



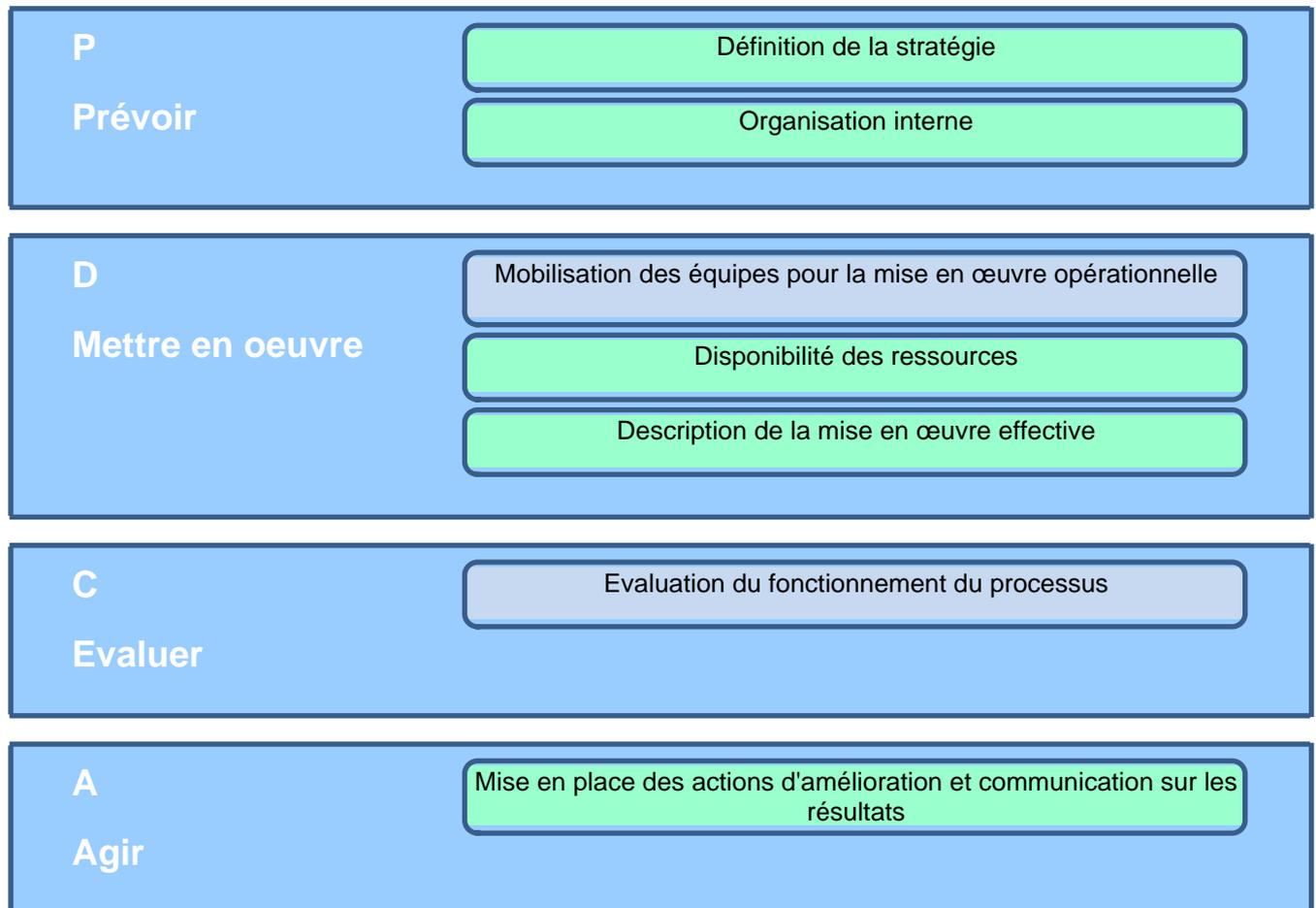
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe des axes stratégiques pour l'activité urgences – smur au sein du projet d'établissement 2017 – 2021 validé. Les objectifs d'amélioration ont été formalisés initialement dans le projet de service de 2014 après l'intégration des urgences, gérées par l'hôpital, dans le pôle santé public-privé. Les besoins identifiés et l'analyse de risques en 2016 ont été réalisés à partir des différentes étapes de la prise en charge, des plaintes/réclamations, des événements indésirables, de l'audit du dossier en 2015 et du plan régional des urgences. Le compte qualité, élaboré avec les professionnels (dont le médecin responsable du service, le cadre supérieur de santé du pôle et le cadre de santé de l'unité), a établi la criticité des risques et décliné les actions à mettre en œuvre dans le PAQSS. L'identitovigilance (pose de bracelet d'identification), la traçabilité des observations, des prescriptions et de l'administration des médicaments, l'organisation quotidienne de staffs pluridisciplinaires ont été identifiés parmi les priorités. Les locaux, pour la prise en charge des patients aux urgences, se composent : d'une salle d'accueil, d'une salle avec 2 postes de déchoquage, de 2 boxes fermés, d'une salle de 3 boxes polyvalents, d'une salle suture et plâtre, d'un bureau, d'un secrétariat et de 2 chambres d'hospitalisation de courte durée (UHTCD). Le service gère un dépôt de sang pour le pôle santé.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation de la prise en charge des patients est pilotée par le médecin responsable et le cadre de santé du service. Les responsabilités sont définies dans les fiches de mission. Les filières sont identifiées selon 4 niveaux de gravité ; chaque patient, identifié, avec son heure d'arrivée, apparaissant sur « un timbre » localisé géographiquement sur le plan des urgences dans le logiciel. Le service des urgences dispose des effectifs médicaux (2 lignes médicales) et paramédicaux pour permettre une priorisation dès l'arrivée par une IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) en journée, avec un agent administratif pour l'enregistrement et un ambulancier/brancardier. Les effectifs permettent aussi d'assurer les interventions « SMUR » et le fonctionnement des 2 lits d'UHTCD. L'organisation est aussi formalisée dans des procédures pour la prise en charge aux urgences et par le SMUR. Les IDE sont régulièrement formés à l'accueil et l'orientation des patients ainsi qu'au SMUR. Les équipements biomédicaux répondent aux besoins de PEC et aux spécificités. L'accès au plateau d'imagerie et au laboratoire (privés) est rapide mais les délais d'obtention des résultats ont été considérés dans les risques du Compte Qualité. Le système d'information repose sur un logiciel spécifique métier. Toute la traçabilité de la prise en charge est informatisée. Le module de prescription n'étant pas opérationnel, le traitement est saisi dans l'observation sans analyse ni traçabilité informatique possible. En cas de transfert en UHTCD ou en médecine, le traitement est alors saisi dans le DPI général de l'établissement. L'établissement a formalisé des conventions pour le recours aux spécialistes avec divers établissements et le secteur de psychiatrie (passage des IDE du CMP). Un projet de consultation télé AVC est en cours d'implantation en lien avec le CHU de Dijon pour une intervention rapide de proximité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les cadres de santé et le chef de service communiquent auprès des professionnels sur le processus d'amélioration de la qualité lors de réunions de service ou lors des travaux sur les patients traceurs ou CREX. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration et les responsables sont alertés régulièrement par la cellule qualité. Des EPP sont réalisées telles que la pertinence des transfusions en urgence initiée en 2016 ou les patients traceur.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les effectifs médicaux permettent d'avoir en permanence au moins 2 médecins pour les urgences et le SMUR. Du fait des difficultés de recrutement de praticiens permanents, l'hôpital a recours à des médecins sur des contrats de courte durée mais revenant régulièrement. La COPS se réunit lors des CME et veille à l'organisation de la continuité des présences médicales et des astreintes. Trois IDE sont présentes en journée dont une au poste d'IAO. 1 aide-soignant, un brancardier partagé et un ambulancier complètent l'équipe avec l'agent administratif et le cadre. Un livret d'accueil spécifique est remis, précisant par exemple les événements contribuant aux délais d'attente, les conditions de facturation et les limites de prestation public/privé. Les professionnels ont accès aux différentes formations institutionnelles. Telles que urgences, pédiatrie, dépôt de sang, AVC... Les procédures du service sont accessibles sur les postes informatiques. La configuration des locaux prend en compte les recommandations. 6 postes sont sous surveillance « scope ». Les équipements biomédicaux répondent aux besoins. Les surfaces sont limitées et certaines salles sont partagées par 2 ou 3 boxes séparés par un rideau.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés et tiennent compte des compétences et des organisations en vigueur. L'organisation quotidienne de staffs pluridisciplinaires est en place depuis quelques mois. La mise en place des circuits est effective de l'admission à la sortie du patient. Les interfaces sont fonctionnelles et permanentes sur le site du pôle santé, essentiellement avec le laboratoire, le service d'imagerie, les unités de chirurgie et le bloc (de la clinique dans le même bâtiment) et de la médecine (de l'hôpital 3 étages au-dessus des urgences). Les hospitalisations directes sont peu nombreuses. Un relevé des lits disponibles est organisé 2 fois par jour par téléphone et via le logiciel ROR. L'activation de la cellule de crise en cas d'insuffisance de lits disponibles pour l'accueil des patients des urgences dans les services d'aval a été activée en début d'année lors d'une période épidémique. La prise en charge du patient est tracée informatiquement sur le logiciel métier. Lors du transfert sur une unité d'hospitalisation, une édition papier des documents et de la synthèse du passage aux urgences est réalisée pour assurer la continuité des soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par le chef de service et l'encadrement paramédical (cadre de santé et cadre supérieur du pôle) sur la base d'indicateurs. Plusieurs types d'évaluations sont réalisées : patients traceurs, audit, crex, FEI... Différents bilans sont effectués avec le service qualité et le service assurant le suivi des droits des patients : bilan annuel des plaintes, événements indésirables, bilan annuel d'activités et rapports d'activité (réseau urgence Bourgogne). Les temps de passage sont analysés, toutefois le dispositif ne permet pas une présentation des délais d'attente et de passage selon la priorisation à l'admission.

## A / AGIR

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

La programmation des actions d'amélioration est mise en œuvre de manière structurée par le chef de service et le cadre de santé. Le service qualité assure un suivi des actions avec les responsables identifiés. A partir de ce suivi, des révisions et des ajustements sont conduits dans le PAQSS. Les modalités de diffusion des actions et des résultats passent par les différentes réunions des instances : copil qualité gestion des risques et des vigilances, CME, CSIRMT, CdU etc... ainsi que par des affichages et le flash info périodique.