



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
"LES CYGNES" DE LORMES**

**8 rue Panorama 58140
LORMES**

SEPTEMBRE 2018

SOMMAIRE

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

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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER "LES CYGNES" DE LORMES	
Adresse	8 rue panorama 58140 Lormes
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	580780054	CENTRE HOSPITALIER "LES CYGNES" DE LORMES	8 rue panorama 58140 Lormes
Etablissement de santé	580972610	CENTRE HOSPITALIER "LES CYGNES" DE LORMES	8 rue panorama 58140 Lormes

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	15
SSR	SSR	15

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

Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	/	Médecine gériatrique	/	Programmé	Complexe	MCO
2	/	SSR polyvalent	/	Transfert ou mutation	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

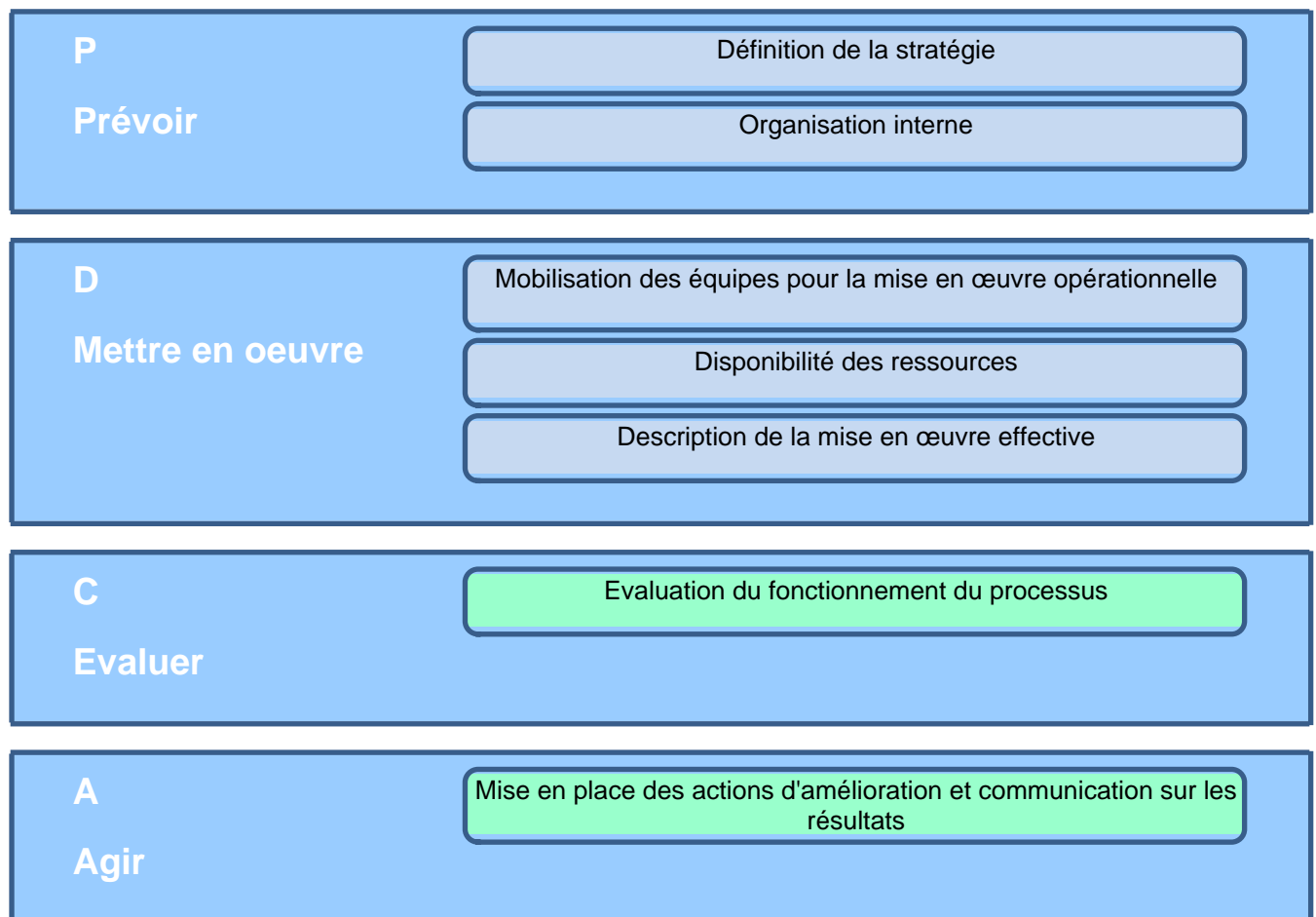
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les engagements en termes de démarche qualité et sécurité des soins du Centre hospitalier de Lormes figurent dans les orientations 2 et 6 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2012-2017, prorogé par avenant. Suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), l'établissement a participé à l'élaboration du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT de la Nièvre. Parmi les valeurs et les missions inscrites au sein de ce projet, figure la qualité et la sécurité des soins. L'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques est également inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. L'ensemble de ces démarches a conduit notamment à la révision (3ème version) de la politique qualité et gestion des risques (PQGDR) validée au mois de février 2017. Cette politique, formalisée sur la base d'une analyse des risques et d'une identification des besoins spécifiques aux missions de l'établissement, se décline selon 7 axes prioritaires. Elle prend en compte les nouveaux principes d'analyse par l'approche processus. Elle intègre également la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires, les recommandations de la précédente certification ainsi que les résultats obtenus lors de l'identification et de l'analyse des risques effectuées dans l'ensemble des secteurs d'activité. Cette politique est portée par le directoire et la CME. L'établissement a réalisé la cartographie des processus pour l'ensemble des processus. Les schémas d'organisations par processus/thématiques précisent, pour chaque thématique, la répartition des pilotes et copilotes. Pour chacun des processus thématiques, une cartographie processus a été élaborée par étapes et sous étapes du processus (PDCA). Cette démarche a contribué à l'analyse et à la hiérarchisation des risques. La démarche a également permis d'alimenter le compte qualité et de déterminer des actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS, qui mentionne les responsables désignés, les échéances et les modalités de suivi par action (indicateurs). L'état d'avancement des actions à conduire sont également mentionnés.

ORGANISATION INTERNE

La définition de la stratégie a été conduite dans le cadre d'une organisation interne bien définie (directoire et CME). Le pilotage institutionnel a été assuré la CME. Le pilotage opérationnel a été effectué par le COPIL QGDR. Pour chaque processus, les pilotes ont été désignés sur la base du volontariat suite à un appel à candidature. Les pilotes et les copilotes des processus disposent d'une fiche de poste spécifique. Les personnes ressources (responsable qualité et coordinateur de la gestion des risques, cadre SSR et médecine, IDE, médecin, ...), les instances et groupes de travail (CME, COPIL QGDR, CDU, CIV) ont été mobilisés. La représentante des usagers (RU) a été associée à la démarche dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDU). Les pilotes et copilotes des différents processus ont bénéficié d'un accompagnement à la démarche processus par un prestataire externe. Les membres du COPIL QGDR et les professionnels impliqués dans la démarche (membres des différents groupes analyse de processus) ont été accompagnés en interne, tout au long de la démarche, par le responsable QGDR. Le système de gestion documentaire a été mis à jour et accessible, par tous les agents, depuis l'outil informatique. Cette organisation repose sur des échanges structurés entre les différents secteurs de soins, logistique et administratif par le biais des instances de l'établissement, des réunions de services ou des échanges avec les pilotes des processus. La taille de l'établissement favorise la communication entre professionnels et permet également une implication des agents dans plusieurs instances ou groupes de travail.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le programme qualité (PAQSS) est décliné pour chaque axe inscrit dans la politique qualité et gestion des risques. L'adhésion et l'implication des professionnels à la mise en œuvre de cette démarche est effective. Des professionnels de terrain (IDE, AS, ...) sont impliqués dans le COPIL QDR et dans les groupes de travail des processus des différentes thématiques. La mobilisation de la CME et des autres instances favorise le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques. Le management de proximité (pilotes, copilotes des processus, cadre de santé, RAQ GDR) permet aux professionnels de mettre en œuvre la démarche qualité au plus près des pratiques. La taille de l'établissement, les nombreuses actions de communication et de sensibilisation conduites auprès des professionnels (instances, réunions de service, gestion documentaire et affichage) facilitent l'adhésion à la démarche qualité et gestion des risques. Les résultats des évaluations (analyse des FEI, EPP, audits,...), réalisées au niveau des secteurs d'activité, sont communiqués aux instances (CME, COPIL QGDR, CDU,...) et aux professionnels dans les différents secteurs d'activité. La démarche EPP et la méthode du patient traceur associent les professionnels et concourent à la mise en place d'actions d'amélioration de la prise en soins des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, déployées pour la mise en place de la démarche qualité et gestion des risques, ont été mobilisés à l'occasion de la mise en place de la V2014 (pharmacien, responsable qualité GDR, cadre de santé, IDE référentes,...). L'organisation du pilotage de la qualité et de la gestion des risques a évolué avec la désignation des pilotes et copilotes pour chaque processus. Des formations ont été réalisées afin que les différents acteurs (pilotes et professionnels des secteurs d'activité) bénéficient de méthodes et d'outils adaptés à la démarche qualité et gestion des risques. Un accompagnement à la méthode processus a été réalisé par un prestataire externe. Des référents ont été désignés pour toutes les vigilances (hémovigilance, infectiovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, identitovigilance,...). Le responsable qualité a suivi la formation de gestionnaire des risques associés aux soins. La gestion documentaire dématérialisée est actualisé et accessible dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les professionnels sont informés lors de toute créations ou mises à jour des documents par note de service. le service qualité a édité un document synthétique "Memoqual CH de Lormes" qui regroupe toutes les informations utiles et nécessaires au déploiement de la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'établissement. Le plan blanc et les autres plans (plan bleu, plan grand froid) sont régulièrement mis à jour. le Plan de sécurisation de l'Etablissement (PSE) est en cours d'élaboration dans le cadre du GHT de la Nièvre. Le document unique sur les risques professionnel est formalisé et régulièrement évalué et mis à jour (avril 2017) en CHSCT. En ce qui concerne le matériel, l'établissement s'est doté d'équipements permettant de réduire les risques pour les patients et/ou les personnels (lève malade, lits à hauteur variable et autres équipements permettant la manutention et les transferts des patients dans des conditions à la fois sécuritaires et de confort). La maintenance de ces équipements est assurée. En médecine et SSR, la majorité de chambres sont à deux lits. Ces deux services doivent aménager, début juin 2018, dans des locaux neufs qui offriront des conditions de confort et de sécurité à la fois pour les patients et pour les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents dispositifs (management de la qualité, gestion des risques, vigilances,...) sont coordonnés et opérationnels. Les actions conduites sont validées et suivies par la CME et le COPIL QGDR. Les instances sont également sollicitées pour la mise en place des actions relevant de la thématique qui les concerne (CIV et CDU par exemple). La déclaration des évènements indésirables (FEI) est effective et le suivi est réalisé au fur et à mesure des enregistrements des FEI. Depuis 2014, une charte de non sanction relative au signalement des évènements indésirables (3ème version en mars 2017) est diffusée par voie d'affichage dans tous les services. Un CREX, doté d'un règlement intérieur, a été mis en place depuis 2015. L'analyse des causes des évènements indésirables graves ou récurrents est réalisée en CREX par le RAQ GDR et les professionnels concernés. Les actions correctives ponctuelles et à long terme sont mises en œuvre à l'issue de ces analyses. Un bilan des FEI est réalisé et diffusé en directoire, CME, COPLI Qualité et en CDU. Chaque déclarant reçoit une réponse papier. Pour les erreurs médicamenteuses, le COMEDIMS analyse et propose des actions correctives. La coordination des différents éléments de la gestion des risques (vigilances, veille sanitaire et qualité) est effective du fait de la participation de ces différents acteurs à toutes les réunions et instances. Les équipes participent aux audits réalisés au niveau des secteurs d'activité. Des EPP, conduites dans les différents secteurs, sont suivies dans le tableau de bord spécifique. La méthodologie du patient traceur (PT), préconisée par la HAS et adaptée aux profils des patients accueillis (patients en soins palliatifs et atteints de troubles cognitifs), a été définie et mise en œuvre. Les professionnels ont été formés à la méthodologie. L'établissement a réalisé 5 PT. Un retour des résultats obtenus a été fait aux équipes et des actions spécifiques ont été identifiées. Les plaintes et réclamations sont colligées dans un registre spécifique (registre unique) et font l'objet d'un traitement formalisé par une procédure ; elles sont présentées en CDU. La représentante des usagers ainsi que les professionnels concernés sont informés des actions à mettre en place et à intégrées au PAQSS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité et gestion des risques, réalisée par le RAQ GDR et les pilotes des différents processus, est présentée aux différentes instances de l'établissement et validée en CME et au COPIL QGDR. Cette évaluation est effectuée sur la base d'indicateurs nationaux et internes adaptés à la taille et aux missions de l'établissement. Des CREX, auxquels sont associés les professionnels, sont conduits et permettent d'identifier les causes profondes en cas d'évènements indésirables graves (EIG) et de fixer des actions d'amélioration à intégrer dans le PAQSS. Le rapport annuel des FEI permet également d'évaluer les mesures mises en œuvre dans le cadre de la gestion des risques. Une information sur la qualité et gestion des risques est faite régulièrement au professionnels lors des transmissions et par voie d'affichage au niveau des deux salles de soins de l'hôpital. Un point qualité gestion des risques est abordé au cours des instances institutionnelles. Des évaluations sont également faites pour répondre aux obligations réglementaires (IQSS et ICALIN). L'établissement a fait le choix de réaliser les IQSS hors protocole, pour le service de médecine. Des audits divers sont réalisés au cours de l'année, dans le domaine de l'hygiène, de la tenue du dossier patient, de la douleur.

L'établissement a également intégré la méthodologie Patient Traceur dans ses pratiques évaluatives de prise en charge des patients. Une analyse complète des questionnaires de sortie reprenant tous les items est réalisée chaque année. Tous les commentaires sont retranscrits et font l'objet d'une analyse présentée en CDU. Un résumé de cette analyse est effectué auprès des secteurs d'activité (médecine et SSR).

A / AGIR

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

Le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est actualisé au fil de l'eau en fonction des résultats des évaluations et des actions menées. L'analyse de certains risques peut également être réexaminée si les résultats ne sont pas conformes aux indicateurs retenus. La communication des résultats est réalisée aux équipes par le RAQ GDR, les pilotes des processus ou le cadre de santé à l'occasion de réunions de services. Ils sont également communiqués en instances (COPIL QGDR, CME, CLUD, COMEDIMS,...). Les résultats, obtenus dans le cadre des campagnes nationales (ICALIN) et au niveau de l'établissement, sont affichés à plusieurs endroits dans l'établissement. Le tableau de bord, synthétisant nombre d'indicateurs, est aussi porté à la connaissance des professionnels et du public.

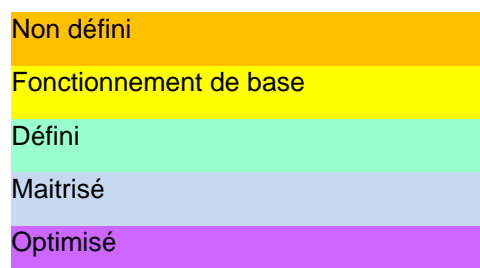
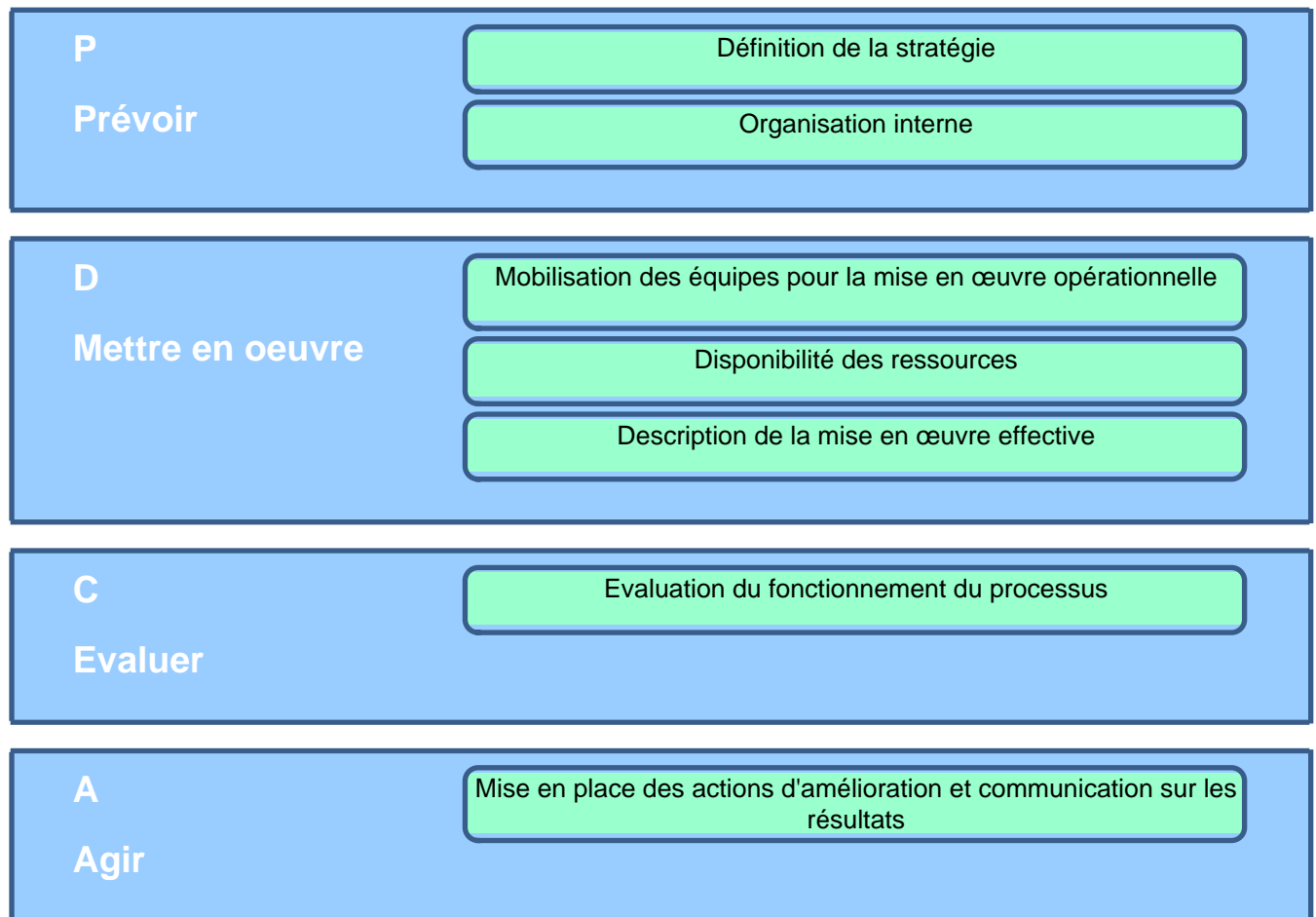
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Politique de lutte contre les infections associées aux soins a été formalisée en août 2017. Elle est intégrée à la politique qualité gestion des risques 2017-2020 (axe n°4 "poursuivre les actions de lutte contre les infections nosocomiales") et validée par la CME. Les besoins et l'analyse des risques sont définis et hiérarchisés selon grille HAS par un groupe de travail pluriprofessionnel (médecin hygiéniste, président du CLIN, pharmacien, coordonnateur des risques associés aux soins, cadre de santé...). Un plan d'actions prioritaires et des modalités de suivi spécifiques à la gestion du risque infectieux sont intégrés au PAQSS qui est articulé avec le Compte Qualité. 3 risques prioritaires sont identifiés dans le Compte Qualité. Deux sont finalisés et un est en cours.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par le médecin hygiéniste et le médecin, président du CLIN. Le RAQ GDR est également le coordonnateur des risques associés aux soins et fait partie du CLIN. Une convention est formalisée pour mutualiser des ressources humaines avec l'EOHT du CH de Nevers (médecin et infirmière hygiéniste). Deux référents en hygiène assurent le relais dans les secteurs. Les fiches de poste et les missions sont formalisées. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont formalisés et disponibles pour l'ensemble des professionnels (protocoles d'hygiène des soins, des locaux, d'antibiothérapie..) sur l'outil informatique. L'organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux est formalisée (missions, responsables, protocoles, suivi, etc.) et assurée par le responsable logistique, en lien avec l'EOH. Une formation aux précautions standards est prévue en septembre (plan de formation 2018). L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques repose sur le CLIN et le médecin hygiéniste infectiologue facilement accessible. Les actions de formation sont intégrées au plan de formation institutionnel (hygiène des mains, des locaux, bionettoyage,...). Un livret d'hygiène, formalisé en 2017, est remis aux nouveaux arrivants.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'équipe soignante est commune pour la médecine et le SSR. Les plans d'action opérationnels sont déclinés dans les deux secteurs. Les professionnels sont sensibilisés par l'IDE hygiéniste qui intervient 2 fois par mois dans l'établissement et les référents hygiènes identifiés et formés. Le cadre de santé et l'IDE hygiéniste s'assurent de la conformité des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les protocoles, réalisés ou actualisés et validés par le CLIN sont mis à disposition des professionnels au sein de la gestion documentaire dématérialisée de l'établissement. Le matériel de prévention du risque infectieux est à disposition des professionnels au sein des services (signalétique, matériel de protection individuel...). Les ASHQ ont bénéficié d'une formation au bionettoyage en décembre 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité du bionettoyage est effective au vu des investigations de terrain. La déclaration des infections nosocomiales est réalisée en interne et le cas échéant en externe. La surveillance de la résistance aux antibiotiques est effective. Pour les patients porteurs de BMR, une alerte est intégrée dans le dossier patient informatisé. Toutefois, la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique. L'établissement suit depuis 2015 l'indicateur de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure dans le cadre d'une EPP. Les résultats sont de 18% en 2015, 23% en 2016 et 0% en 2017. En CME, le pharmacien a fait un rappel des bonnes pratiques à observer. L'établissement a refait un audit de la réévaluation en février 2018. Le résultat reste inchangé en dépit de l'activation d'une alerte spécifique dans le dossier patient informatisé. Face à ces résultats, le pharmacien a créé en mai 2018 un outil de suivi individuel des réévaluations d'antibiothérapie qui fait apparaître 100% de réévaluation dont 71% dans les temps requis (entre 24 et 72h).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la maîtrise du risque infectieux est réalisée à travers les indicateurs nationaux et les EPP spécifiques au risque infectieux et des audits annuels réitérés concernant l'hygiène des mains, la pertinence des prescriptions d'antibiotiques et le bionettoyage. La consommation des antibiotiques et les résistances bactériennes sont également suivies annuellement par le CLIN. Le bilan d'activité annuel du CLIN et le programme d'actions sont présentés chaque année en CME.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration préconisées sont mises en œuvre : guide d'antibiothérapie en cours de formalisation, formation précautions standard et complémentaires, bionettoyage, livret de l'hygiène,... Le bilan d'activité annuel du CLIN est présenté en CME. Les comptes rendus du CLIN sont disponibles pour l'ensemble des professionnels depuis l'outil informatique. Les EPP ont généré des actions d'amélioration et de communication. La communication des résultats vers les professionnels est réalisée via le journal interne et le serveur commun. Les résultats sont affichés à destination du public.

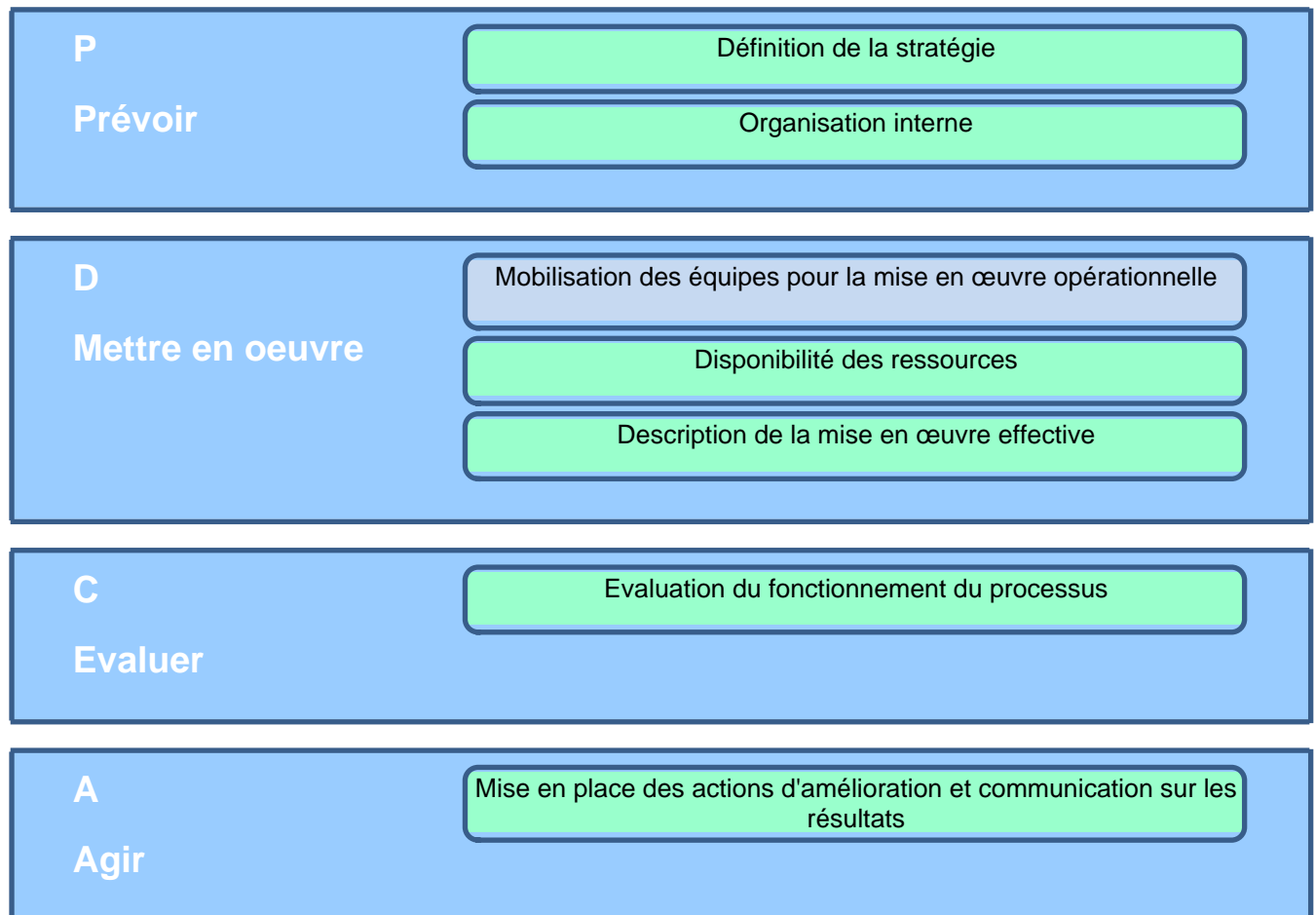
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre hospitalier de Lormes a inscrit sa stratégie du respect des droits du patient (confidentialité, dignité, intimité, bienveillance et libertés individuelles) au sein de l'annexe 3 du CPOM socle 2013-2017, prorogé par l'ARS. La politique des droits des usagers 2017-2020 a été formalisée et validée par la CDU en décembre 2017. La représentante des usagers a été associée à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique dans le cadre de la CDU et a également été membre du groupe processus constitué lors de la préparation de la visite de certification V2014. L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées au regard des différentes données telles que la cartographie des risques, les résultats des questionnaires de sortie, les audits (EPP et patient traceur), les IQSS, les résultats de la certification antérieure, les plaintes et réclamations et le rapport annuel de la CDU. Cette analyse a permis de déterminer des axes prioritaires retenus dans l'élaboration du compte qualité, qui ont été hiérarchisés, selon une méthode proposée par la HAS, et tiennent compte des spécificités de l'établissement (bienveillance, personne de confiance, directives anticipées, contention, etc.). Six risques ont été intégrés au compte Qualité (CQ) et au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités du pilotage du processus sont identifiés. Le pilote du processus "Droits des Patients" est la responsable déléguée, accompagnée du secrétaire de la CDU, copilote. La représentante des usagers, le cadre de santé une ASHQ ont composé le groupe de travail sur ce processus. Le pilotage opérationnel de la démarche est assuré par la CDU. Une fiche de poste pour le pilote et le copilote a été formalisée. Le pilote et les membres qui ont participé à cette thématique ont été formés par un prestataire externe et ont ensuite été accompagnés par la responsable qualité et gestion des risques. Les ressources nécessaires (gestion documentaire informatisée, temps dédié) ont été mises à disposition. Les procédures (déclaration d'actes de maltraitance, contention, ...) sont intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement. Les professionnels en charge de ce processus siègent dans les différentes instances de l'établissement et groupes de travail (CME, COPIL QGR, CSIRMT, CDU, CIV) et ont des missions qui leur permettent d'assurer le lien avec les différents secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, administration, logistique). Les besoins en formation continue sont identifiés dans le plan de formation de l'établissement (droits des patients, bienveillance, Alzheimer et maladies apparentées). Des actions ponctuelles et une sensibilisation régulière sont menées en interne auprès des professionnels. Les locaux, les matériels et les équipements permettent d'assurer au mieux le respect des droits des patients (confidentialité, dignité, intimité) en dépit d'une très forte proportion de chambres à deux lits. Situation que ne va pas perdurer car les nouveaux locaux occupés à partir du mois de juin disposent uniquement de chambres individuelles (deux chambres doubles uniquement sur les 30 lits installés).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés lors de la réalisation de l'analyse des risques pour ce processus, l'établissement a mobilisé l'ensemble de ses ressources (pilotes de processus, responsable qualité, gestionnaire des risques, cadre de santé,...) afin de garantir une mise en œuvre opérationnelle des droits des patients. La représentante des usagers participe à l'identification et à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Ce management participatif favorise la concertation et la coordination des actions à déployer afin d'augmenter le niveau de maîtrise du risque identifié. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Des actions de communications en réunion de service ou par voie d'affichage sont conduites afin de sensibiliser les professionnels sur cette thématique. Le programme d'action est décliné au niveau des secteurs. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre lorsque les résultats des évaluations font apparaître un écart avec les objectifs à atteindre. Ces actions sont communiquées aux professionnels des secteurs d'activité concernés. Le dispositif de signalement des événements indésirables permet aussi une identification des problèmes rencontrés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et plan de formation) et la documentation (accessible et actualisée) sont disponibles et déployées dans tous les secteurs. Des formations sur cette thématique sont effectuées régulièrement et renouvelées tous les ans. Formations sur les droits des patients en 2014 ; sensibilisation à la réflexion éthique à l'annonce d'un dommage lié aux soins et d'autres thématiques en lien avec la fin de vie en 2015; Soins palliatifs et fin de vie, participation au congrès de la SFAP en 2016 et 2017. Les référents institutionnels en soins palliatifs bénéficieront d'une formation spécifique à leur

mission en 2018. Les personnes ressources (représentants des différents cultes, équipe mobile de soins palliatifs, associations) sont identifiées et mobilisables. Les chartes (patient hospitalisé, personne âgée dépendante) sont affichées dans différents lieux accessibles tant aux professionnels qu'aux visiteurs. De nombreux outils de sensibilisation et de communication ont été mis à disposition des professionnels (participation au comité d'éthique Emeraude 58, affichages de consignes favorisant le respect de la confidentialité, participation au congrès de la SFAP), des patients et des familles (livret d'accueil du patient, affichages au sein des différents services). L'organisation des soins permet le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans les deux secteurs d'hospitalisation disposant de chambres doubles. Des lieux de convivialités sont à la disposition des patients et des visiteurs. Des possibilités de restauration et d'hébergement (lits pliants) peuvent être proposées aux accompagnants afin de pouvoir rester aux côtés de leurs proches.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations nécessaires au respect des droits des patients (respect de l'intimité et de la confidentialité, prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance, accueil, accompagnement de l'entourage et respect des mesures de liberté). Les actions, inscrites au compte qualité et intégrées au PAQSS, sont mise en œuvre selon les échéances prévisionnelles. Les prescriptions de contention sont inscrites, par les médecins dans le dossier du patient ; les modalités et la durée de la contention sont précisées. Leur effectivité est également tracée dans le dossier du patient par l'IDE. Le protocole relatif à la disparition d'un patient est à disposition des professionnels (affiché dans la salle de soins). Le projet personnalisé de soins est élaboré avec le patient et s'il y a lieu avec son entourage en médecine comme en SSR. Sa mise en œuvre fait l'objet d'une évaluation et de réajustements, si nécessaire après concertation en équipe pluridisciplinaire (IDE, psychologue, AS, ...) qui se réunit tous les mercredis. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est formalisé par un protocole approuvé par la CME en octobre 2015. Les observations, issues des patients traceurs, confirment l'effectivité de la mise en œuvre des droits des patients. La composition de la CDU et ses missions sont portées à la connaissance du public par voie d'affichage au sein de l'hôpital et dans le livret d'accueil. Le dernier compte rendu de la CDU est affiché dans le hall d'entrée du service et consultable par tous. Les tarifs des différentes prestations non couvertes par les organismes sociaux sont portés à la connaissance des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de cette thématique sur la base d'outils identifiés (analyse des questionnaires de sortie et de satisfaction, revue des plaintes et réclamations). L'établissement évalue également ses pratiques à l'aide des trois indicateurs Hôpital Numérique. De plus, l'établissement suit 4 EPP (prise en charge palliative, réflexion éthique, douleur en lien avec les soins, contention). Les résultats sont traités par le RAQ GDR et présentés en CDU lors du bilan annuel d'activité de cette instance et au COPIL QGDR. Les résultats des évaluations sont également présentés au sein d'autres instances de l'établissement (CME, CSIRMT, CLUD) et disponibles sur la GED de l'hôpital.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration, issues des résultats d'évaluations, sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS). Les actions d'amélioration sont recherchées avec les acteurs concernés au sein des différentes instances et groupes de travail. Elles sont ensuite validées en COPIL Qualité et Gestion Des Risques. Un document "MémoQual", reprenant l'ensemble des informations, est remis à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

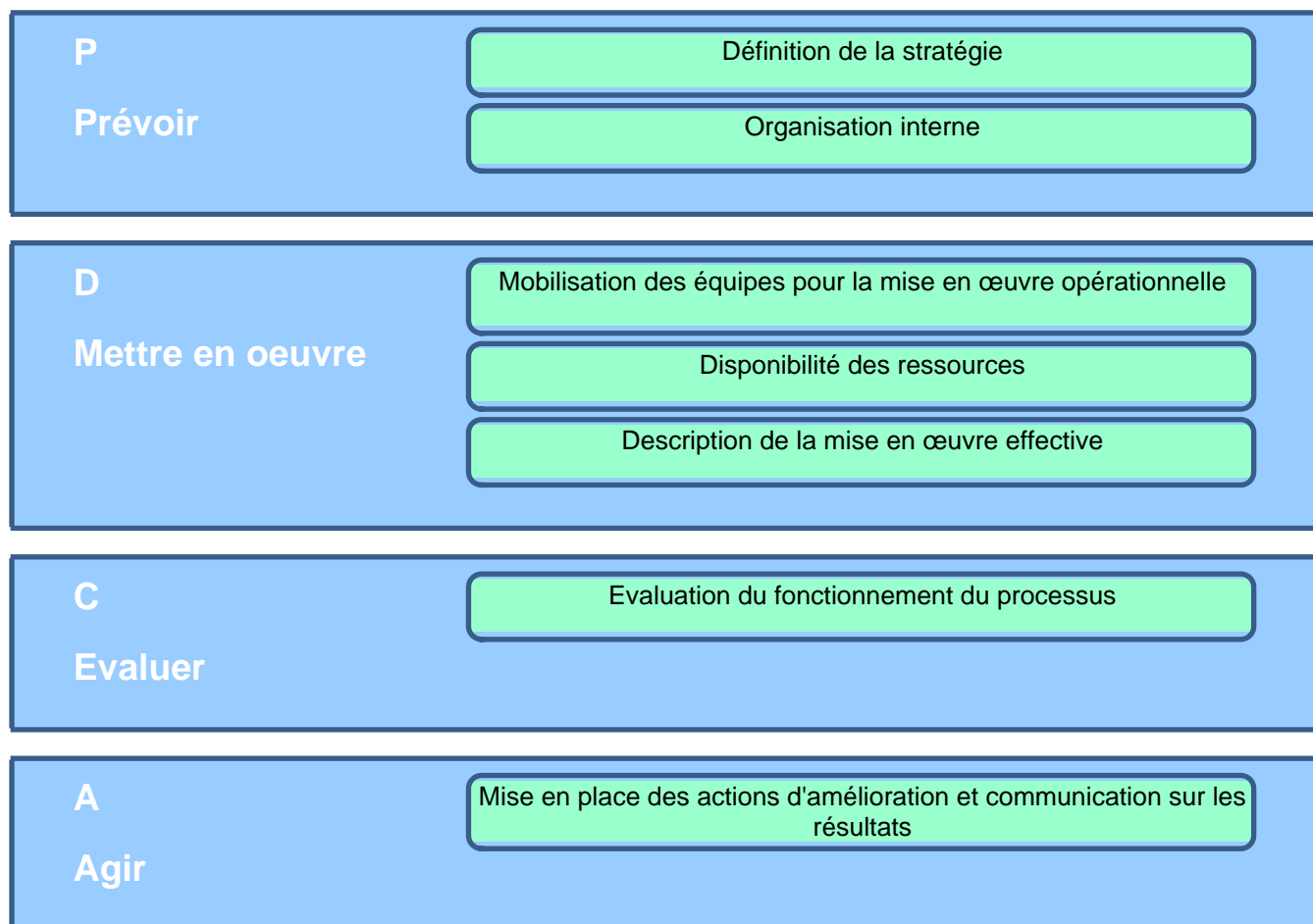
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH de Lormes comprend 15 lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique et 15 lits de SSR (ainsi qu'un EPHAD et un SSIAD). Dans le cadre du GHT de la Nièvre auquel l'établissement est rattaché, un projet médical partagé est en cours de validation. La politique qualité et gestion des risques 2017-2020 validée en CME, intègre des objectifs relatifs à la prise en charge du patient (axe n°1). Il existe une identification des risques à partir d'une cartographie des risques a priori formalisée par les pilotes du processus avec la participation des professionnels des secteurs et l'aide méthodologique du RAQ GDR. Les besoins ont été identifiés et les risques analysés puis hiérarchisés à partir de la grille de l'HAS. Un programme d'actions est formalisé avec des objectifs, des échéances, un responsable et des modalités de suivi. Le PAQSS est articulé avec le compte qualité (CQ). Le plan d'actions prend également en compte les recommandations de la certification V2010 et les évaluations des EPP. Sept risques ont été inscrits dans le CQ.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin Président du CLIN, la secrétaire médicale, ainsi que la cadre de santé et une infirmière de médecine/SSR formant un groupe de travail investi dans le parcours patient ; notamment dans le parcours soins palliatifs et le parcours troubles cognitifs. Les instances support du processus sont définies (CME, COPIL, CLUD). Les responsabilités et missions des acteurs intervenant dans le parcours patient sont définies dans des fiches de poste. La gestion des interfaces entre les différents secteurs d'activité de soins, logistique et administratif est organisée. La communication est facilitée par la taille de l'établissement. Les ressources et compétences nécessaires à la prise en charge sont identifiées et disponibles dans les secteurs (IDE, AS, ASHQ, diététicienne, psychologue, kiné...). L'accueil des nouveaux arrivants est organisé avec un tutorat réalisé par les pairs. Un système de gardes et astreintes est en place (astreinte médicale, administrative et technique). Un dispositif est en place pour les urgences vitales, un chariot d'urgence est opérationnel et la formation AFGSU est prévue chaque année sur le plan de formation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel est assuré par la cadre de santé et l'ensemble des professionnels très investis dans la prise en charge des patients. Une seule équipe intervient avec une prise en charge sectorisée (15 lits de médecine et 15 lits de SSR). La cadre de santé s'assure du respect des pratiques par rapport aux dispositions prévues et impulse les mesures correctives si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au sein des services. Elles sont adaptées aux spécificités en nombre et en qualification. Les approvisionnements en matériels et équipements nécessaires sont effectif. La maintenance régulière des locaux et des équipements est assurée. Les ressources matérielles sont disponibles. Le déménagement dans les nouveaux locaux est organisé pour la semaine qui suit la visite de certification. Le système documentaire informatisé intègre l'ensemble des documents internes à l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur d'activité et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge des patients. La prise en charge du patient est réalisée en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins permettant d'élaborer un projet de soins personnalisé et concerté, ce que confirment les patients traceurs. Ce projet de soins est réajusté et tracé tout au long du séjour ; notamment lors de staffs pluri professionnel hebdomadaires. Une grille spécifique évaluation fragilité du patient, permettant d'établir le projet personnalisé des personnes âgées fragiles et très vulnérables, vient d'être mis en place. Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est fonctionnel et les professionnels sont formés. Une psychologue intervient à temps partiel. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels ; notamment la dénutrition de la personne âgée est assuré et tracé dans le dossier. Une diététicienne est disponible si besoin. L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier patient. La douleur induite par les soins est également prise en compte et fait l'objet d'un suivi spécifique. La démarche palliative est mise en œuvre en partenariat avec le réseau Emeraude 58. La traçabilité quotidienne des actions et activités réalisées est assurée dans un diagramme de soins.

L'établissement n'a pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS. Les activités de

soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge chaque fois que nécessaire et font alors l'objet d'un programme individuel si nécessaire. Un kinésithérapeute intervient 3 fois par semaine. La sortie est organisée en amont. Le compte-rendu d'hospitalisation, permettant s'assurer la continuité des soins, est remis au patient le jour du départ. Une copie est également envoyée au médecin traitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du parcours patient reposent sur le recueil des indicateurs nationaux et des évaluations de pratiques professionnelles incluses dans le PAQSS et suivies d'audits annuels réitérés (prévalence des escarres, prise en charge palliative, dénutrition de la personne âgée, douleur liée aux soins, repérage des personnes fragiles). Les résultats des évaluations sont suivis par des indicateurs et tableaux de bord qui sont communiqués aux instances et aux professionnels.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration articulées avec le programme d'actions tels que la mise en place de la grille de fragilité, l'évaluation douleur systématisée à l'entrée et la complétude du compte-rendu de sortie.

Les résultats sont communiqués aux différentes instances et aux professionnels lors de réunions ou par affichage. Un document d'information qualité MémoQual est remis à tous les professionnels..

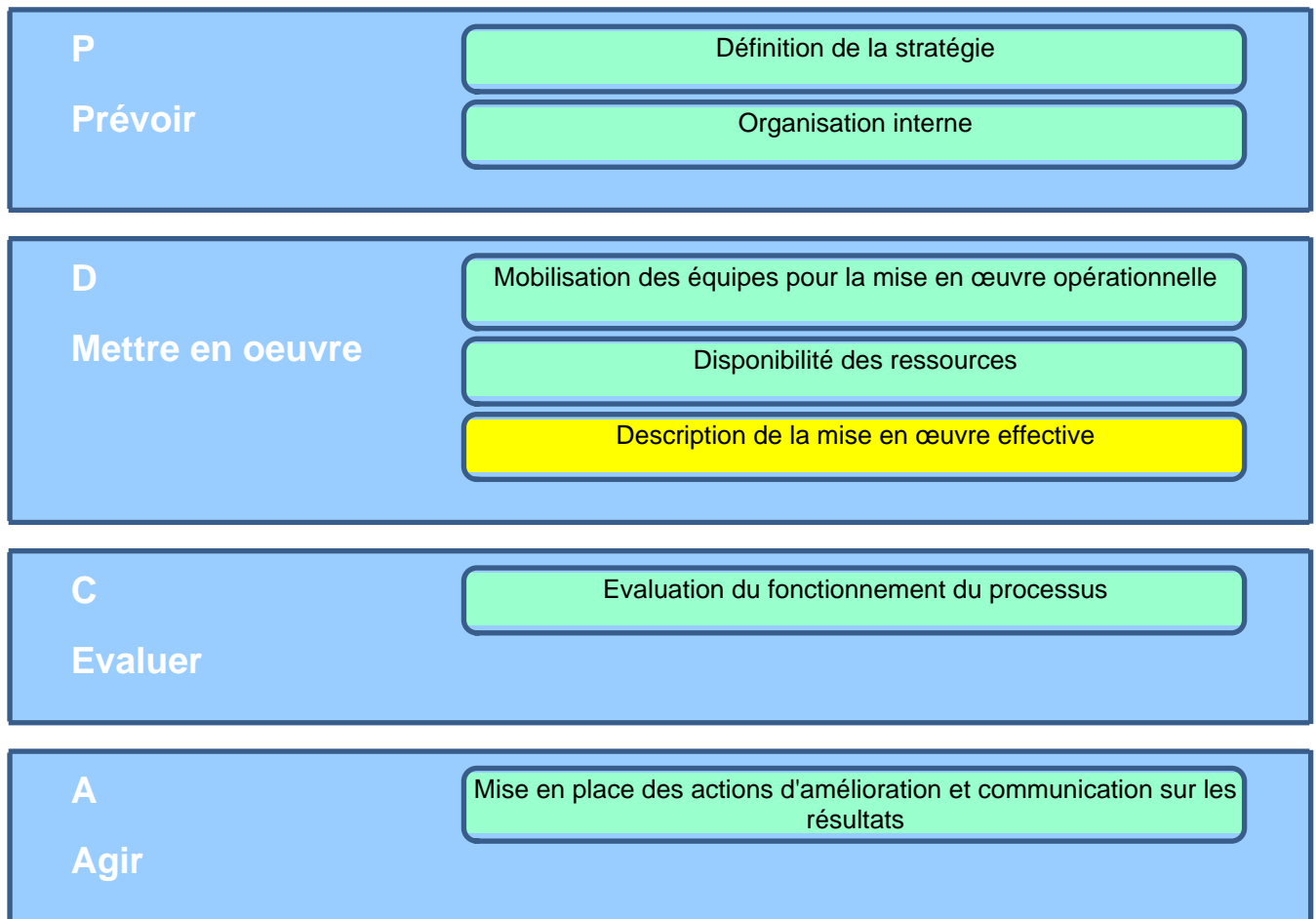
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les objectifs qualité et gestion des risques du dossier du patient sont inscrits dans le schéma directeur du système d'information 2018-2020 et dans la politique de sécurité du système d'information de 2015. Dans le cadre de la démarche de certification V2014, les pilotes du Processus "dossier du patient", avec l'accompagnement du responsable qualité et gestionnaire des risques, ont réalisé la cartographie des risques de cette thématique. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques à partir des résultats de la précédente démarche de certification, des évaluations, audits et analyse des événements indésirables. L'analyse des risques a été réalisée pour toutes les étapes de la gestion du dossier du patient, au regard des différents supports et parties du dossier (médical, soignant et administratif). Au cours de cette démarche, 21 risques ont été identifiés. La détermination de la criticité des risques identifiés et l'évaluation de la maîtrise des risques ont conduit l'établissement à retenir trois risques dans le compte qualité. Les actions d'amélioration et les objectifs précis sont fixés et inscrits dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), articulé avec le compte qualité. Ce PAQSS mentionne également les responsables, les échéances, les modalités de suivi et l'état d'avancement des axes d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne repose sur le pilote du processus (le pharmacien) et les co-pilotes (deux infirmières référentes SinfoNièvre) qui animent un groupe de travail composé du cadre de santé, de la personne en charge du secrétariat médical et du responsable qualité et gestion des risques. L'établissement a mis à disposition les ressources humaines (secrétariat médical et agent d'accueil à l'admission du patient) et matérielles (outil informatique, locaux adaptés, mobilier de rangement, sauvegardes informatiques, ...) adaptées à la taille et aux missions de l'établissement. Le rôle et responsabilité des professionnels concernés sont précisés notamment dans la fiche de poste spécifique du pilote et dans la fiche de mission des "référentes SinfoNièvre" validées par la direction et par la CME du 9 décembre 2016. Les règles de tenue du dossier du patient (DPA), d'accès du dossier patient ainsi que les modalités de communication des informations contenues dans le dossier du patient sont formalisées par des procédures. La procédure d'accès au dossier en cas de problèmes informatiques est également formalisée. L'information des patients sur leurs droits et modalités d'accès à leur dossier figure dans le livret d'accueil et dans la charte de la personne hospitalisée affichée dans différents lieux de l'établissement. Les besoins en formation sont identifiés depuis la mise en place du DPA informatisé en 2014 pour l'ensemble des professionnels concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

A l'issue de l'analyse des risques et des résultats obtenus lors des évaluations, l'établissement a mobilisé l'ensemble de ses ressources (pilote du processus dossier du patient, médecins, cadre de santé, IDE référentes et responsable qualité et gestion des risques également désigné référent en identitovigilance) afin de garantir une mise en œuvre opérationnelle des actions d'amélioration. Cette organisation coordonnée facilite la mise en œuvre des actions à déployer et augmenter le niveau de maîtrise des risques identifiés. Le pilote, les copilotes du processus et le cadre de santé sensibilisent régulièrement les professionnels de l'ensemble des services aux règles de tenues du dossier du patient lors des temps de transmissions. L'analyse des fiches d'événements indésirables par le responsable qualité avec la mise en œuvre d'un CREX en cas d'événement indésirable grave (EIG) ou récurrent est généralisée et les professionnels disposent du retour d'information quant au traitement des événements déclarés. Les professionnels, chacun dans leurs domaines, se sont appropriés les objectifs et les plans d'actions déclinés au niveau des deux secteurs d'activité. Trois des cinq actions inscrites au plan d'actions ont été réalisées et une est en cours de déploiement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, nécessaires au respect des bonnes pratiques, sont déployées : le groupe de travail dossier du patient, créé lors de la préparation à la démarche de certification, est actif. Ce groupe travaille en collaboration avec les autres personnes chargées d'autres thématiques telles que l'identitovigilance ou la prise en charge médicamenteuse. L'établissement dispose d'un médecin DIM et d'une technicienne d'information médicale (TIM) du CH de Nevers dans le cadre du GHT de la Nièvre. Dans l'établissement, le pharmacien, vice-Président de la CME et la personne affectée au secrétariat médical sont le relais du DIM. L'activité de codage du PMSI est assurée par le DIM du territoire. Les documents, relatifs à la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées, sont intégrés

au DPA. Depuis 2014, l'établissement a commencé à mettre en place la formation systématique des agents aux transmissions ciblées. L'archivage des dossiers est assuré par la responsable des admissions pour la partie administrative du dossier et par le secrétariat médical pour les informations médicales et paramédicales. Le dossier est organisé, classé et archivé selon la procédure en vigueur. L'archivage des dossiers au format papier est effectué dans deux locaux sécurisés. Le stockage des données informatisées est assuré par le CH de Nevers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier du patient est renseigné par l'ensemble des intervenants médicaux et non médicaux depuis l'entrée du patient jusqu'à l'archivage du dossier. Les transmissions infirmières et aides-soignantes peuvent être littérales ou ciblées. Cependant, les informations utiles à la prise en charge du patient ne sont pas toutes tracées dans les dossiers du patient. En effet, lors de la consultations de dossiers, il a été constaté l'absence de documents concernant la désignation de la personne de confiance ainsi que celui relatif aux directives anticipées. Les risques liés à l'identitovigilance font l'objet des mesures spécifiques (vérification de l'identité du patient à l'admission lors de la constitution du dossier avec délivrance d'un bracelet d'identification de couleur spécifique selon les documents d'identifications présentés lors de l'admission, création d'étiquettes d'identification sur l'ensemble des feuilles du DPA et suppression de toutes transcriptions notamment dans le cadre de la traçabilité de l'administration des médicaments grâce à l'informatique embarquée dont est équipé l'ensemble des professionnels). Toutefois, les moyens mis en œuvre ne permettent pas de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge. En effet, lors de la consultation du dossier du patient au service des admissions, la copie d'un document officiel d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) n'a pas toujours été retrouvée. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et les correspondants internes et externes est assurée en temps utile. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre. A la sortie du patient, les éléments assurant la continuité des soins sont confiés au patient (compte rendu d'hospitalisation, ordonnances diverses, radiographies, rendez-vous de consultations prévus après la sortie, bon de transport). Ces documents sont remis dans une enveloppe fermée, qui comporte une check list de sortie permettant de vérifier la complétude des documents remis au patient. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès fait l'objet d'une procédure spécifique. Le suivi des demandes de dossiers par les patients et les ayants droit est prévu. Les demandes de dossier de patient sont enregistrées par l'établissement. Les délais d'envoi des dossiers médicaux sont conformes à la réglementation. Le suivi des délais de communication des dossiers médicaux est assuré par la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus du dossier du patient sont assurés par le responsable qualité et gestion des risques. Ces évaluations sont réalisées sur la base du recueil et de l'analyse des fiches d'évènements indésirables et lors des campagnes IQSS. L'établissement évalue également ses pratiques dans le cadre du suivi des indicateurs Hôpital Numérique. Deux EPP, relatives au dossier du patients, ont été réalisées. Les résultats de ces évaluations sont suivis par des indicateurs qui sont communiqués lors des instances (CME, CDU et COPIL QGDR). La CDU est informée du nombre de demandes d'accès au dossier et des délais de transmission des dossiers aux patients ou aux ayant droits. les délais sont conformes à la réglementation. Les résultats des IQSS sont diffusés, au sein de l'établissement, par voie d'affichage. Une information est également faite aux équipes au moment des transmissions.

A / AGIR

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

Au regard des résultats d'évaluation, l'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins à mieux satisfaire, et intègre de nouvelles actions d'amélioration dans le Programme d'amélioration qualité. Les professionnels sont associés à cette démarche et informés des résultats obtenus ainsi que les actions à mettre en œuvre ; notamment les résultats des EPP qui sont consultables sur le serveur commun de l'établissement. Les actions d'amélioration sont également suivies par le comité de pilotage qualité, la CME et la CDU.

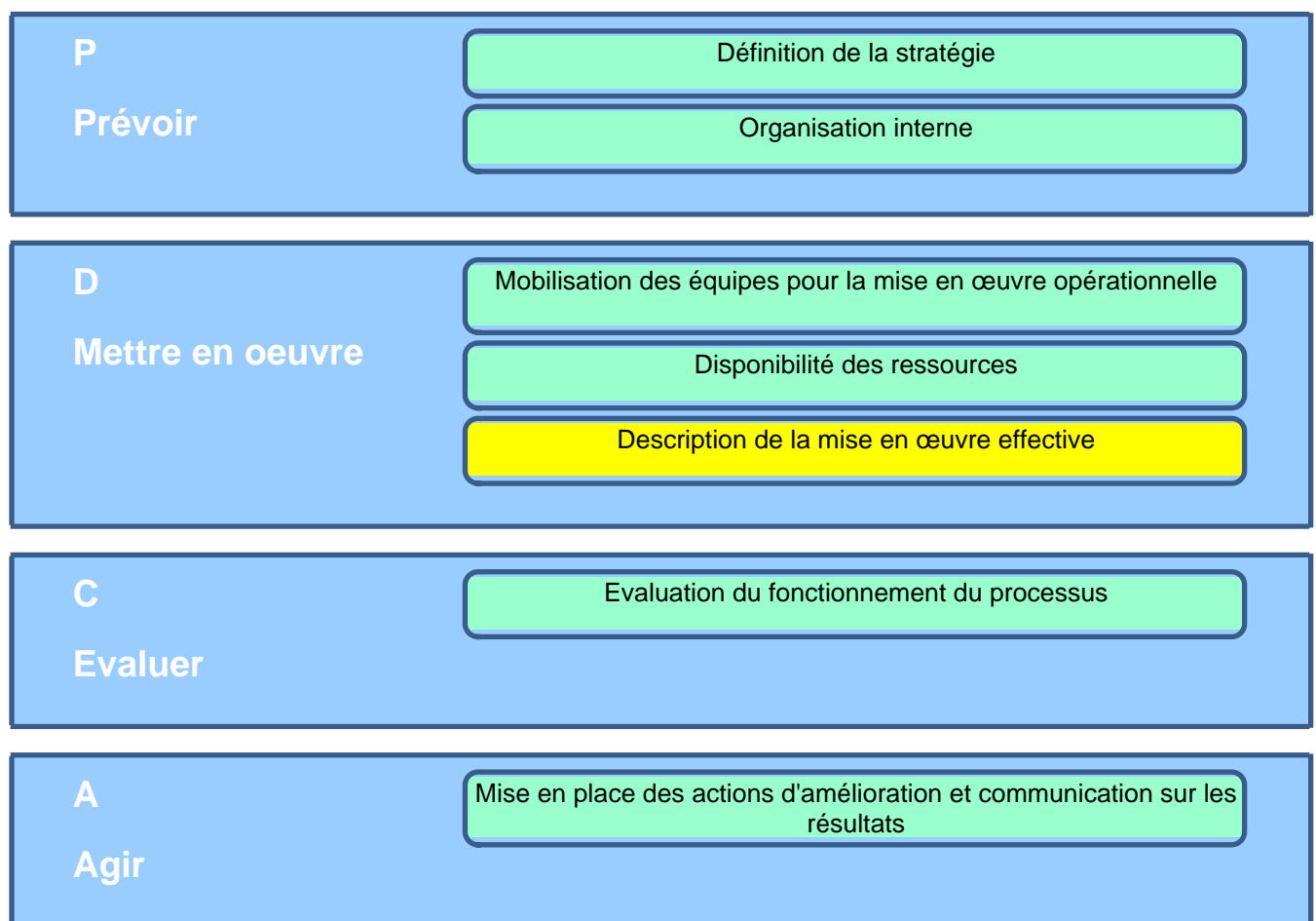
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM) déclinée en 5 axes et en objectifs opérationnels. La politique du management de la PEC médicamenteuse répond aux besoins spécifiques de la population âgée accueillie en médecine et en SSR. Elle est validée par la CME (décembre 2017) et intégrée dans la politique qualité gestion des risques dans l'axe n°2 « consolider la qualité de la prise en charge médicamenteuse ». Les besoins ont été identifiés et les risques analysés et hiérarchisés avec les professionnels selon une grille HAS. Les plans d'actions spécifiques issues de la cartographie des risques prennent également en compte l'inspection de la PUI d'octobre 2017 en prévision de l'ouverture de la nouvelle structure. Le programme d'actions est formalisé, priorisé et articulé avec le Compte Qualité. L'informatisation de la PEC médicamenteuse est complètement déployée depuis 2014.

ORGANISATION INTERNE

Le management de la PEC médicamenteuse est piloté par le pharmacien RSMQ et une préparatrice, en lien avec le COMEDIMS. Les rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches de poste spécifiques. Les protocoles et procédures sont formalisés et disponibles. Ils concernent toutes les étapes du circuit du médicament ; notamment la prescription, la dispensation et l'administration. Les équipements et matériels sont adaptés, chariots à médicament sécurisés, armoires de stockage, PSE, PCA... La PUI intègre les nouveaux locaux après la visite de certification. Les ressources humaines sont adaptées (1,5 ETP de préparatrice et 1 pharmacien) à la taille et aux missions de l'hôpital.

La permanence pharmaceutique est organisée. Pour les besoins urgents, il existe un stock tampon situé en dehors de la PUI et accessible aux soignants ; une traçabilité est assurée et suivie par le pharmacien. Des Actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuse sont réalisées en 2017 et prévues sur le plan de formation 2018. La taille de l'établissement permet également une sensibilisation directe par le pharmacien à tous les professionnels. Le dossier patient est informatisé et intègre les prescriptions médicales. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. Les interfaces sont organisés. Le pharmacien a un accès direct à la biologie de tous les patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ensemble des professionnels est mobilisé dans la prise en charge médicamenteuse. Il existe un IDE référent pharmacie dans chaque secteur facilitant ainsi la sensibilisation des équipes sur des points clés et l'appropriation des objectifs et des plans d'actions, tels que la sécurisation de l'administration des médicaments, leur identification et la vérification de l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse. Les soignants sont impliqués dans le signalement et l'analyse des événements indésirables et les CREX quand ils sont concernés. Les résultats des audits et des évaluations des pratiques professionnelles sont communiqués aux professionnels leur permettant de participer à l'identification d'éventuelles actions correctives à mettre en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) ; matériel (locaux et équipements) et documentation accessible et actualisée, sont disponibles. Un pharmacien à temps plein est présent tous les jours ouvrables et 1,5 ETP préparatrices complète l'effectif. La PUI dispose de locaux et d'équipements permettant le stockage, la dispensation et le transport des médicaments dans des conditions appropriées et sécurisées. Les services de soins disposent d'armoires à pharmacie sécurisées, de coffres pour les stupéfiants, de réfrigérateurs dédiés aux médicaments (avec une traçabilité des températures) et de chariots d'administration sécurisés. Les protocoles et procédures, actualisés en fonction de l'évolution de la prise en charge médicamenteuse, sont à disposition des équipes depuis l'outil informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de gestion, de rangement, de stockage, de transport et de suivi des médicaments sont respectées. Les médicaments à risque sont connus et identifiés à la PUI et dans les services. La dispensation des traitements per os est hebdomadaire et nominative. Les piluliers sont préparés par la PUI. La prescription et l'administration sont informatisées. Ce que confirment les données HN (100% taux de séjours disposent d'une prescription informatisée). Les règles d'administration sont respectées. Les professionnels s'assurent de l'identité du patient, du bon médicament, de la bonne posologie, de la prise du médicament et l'administration est validée en temps réel. L'administration fait l'objet d'une double vérification (préparation par PUI, administration par l'IDE). L'information orale et écrite des patients sur le

bon usage des médicaments est effective; notamment anticoagulants, antibiotiques et antalgiques. Elle est également tracée dans le DPI; ce que confirme les 2 patients traceurs. La surveillance thérapeutique du patient est assurée et tracée. L'analyse et la validation pharmaceutique est complète et inclue également le traitement personnel. Le traitement de sortie prend en compte le traitement personnel. Toutefois, les règles de prescription ne sont pas totalement mises en oeuvre. Lors de l'échange avec les professionnels de médecine et de SSR, il apparaît qu'il existe quelquefois une prescription par téléphone; notamment pour le réajustement du traitement anticoagulant après résultat de la biologie. Cette pratique ne respecte pas la procédure de prescription urgente inclus dans la "procédure d'organisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux", validée par la CME, qui précise que "les prescriptions téléphoniques ne sont pas admises. En cas de prescription urgente avec impossibilité d'accès au logiciel, la prescription peut être sous format papier ou (fax) si elle répond à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : indicateurs, tableaux de bords, bilan d'activité... L'établissement suit les indicateurs nationaux et développe d'autres indicateurs pour l'atteinte de ses objectifs. Un dispositif d'évaluation et de suivi; notamment à l'aide d'indicateurs spécifiques est mis en place pour toutes les étapes du circuit du médicament (réévaluation de l'antibiothérapie, analyse pharmaceutique, EPP..). Les professionnels déclarent des événements indésirables relevant de la PCEM (15 en 2017 dont 6 spécifiques au service de médecine et SSR, et participent au CREX si besoin (1 en 2017 et 2 en 2016).

A / AGIR

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

Les résultats des différentes évaluations permettent de définir les actions d'amélioration en lien avec le programme qualité, mise à jour des procédures et protocoles en vue du déménagement dans les nouveaux locaux, formalisation du MAQ, début de conciliation médicamenteuse avec un protocole formalisé et une première évaluation (19%). Les résultats sont communiqués aux professionnels et aux usagers via les réunions d'équipes et le journal interne et par voie d'affichage.