



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE RIVES

**Bp 105
38147 Rives Sur Fure**

SEPTEMBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. 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	21
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	
Adresse	38147 Rives Sur Fure
Département / région	ISERE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	380780072	CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	38140 Rives Sur Fure
Etablissement de santé	380000059	CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	Bp 105 38147 Rives Sur Fure

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	32
SSR	SSR	30

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
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 (A).

2. 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.

3. 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.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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	/	/	/	/	MCO
2	Personne âgée	LISP	/	/	/	MCO
3	Personne âgée	/	/	/	/	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

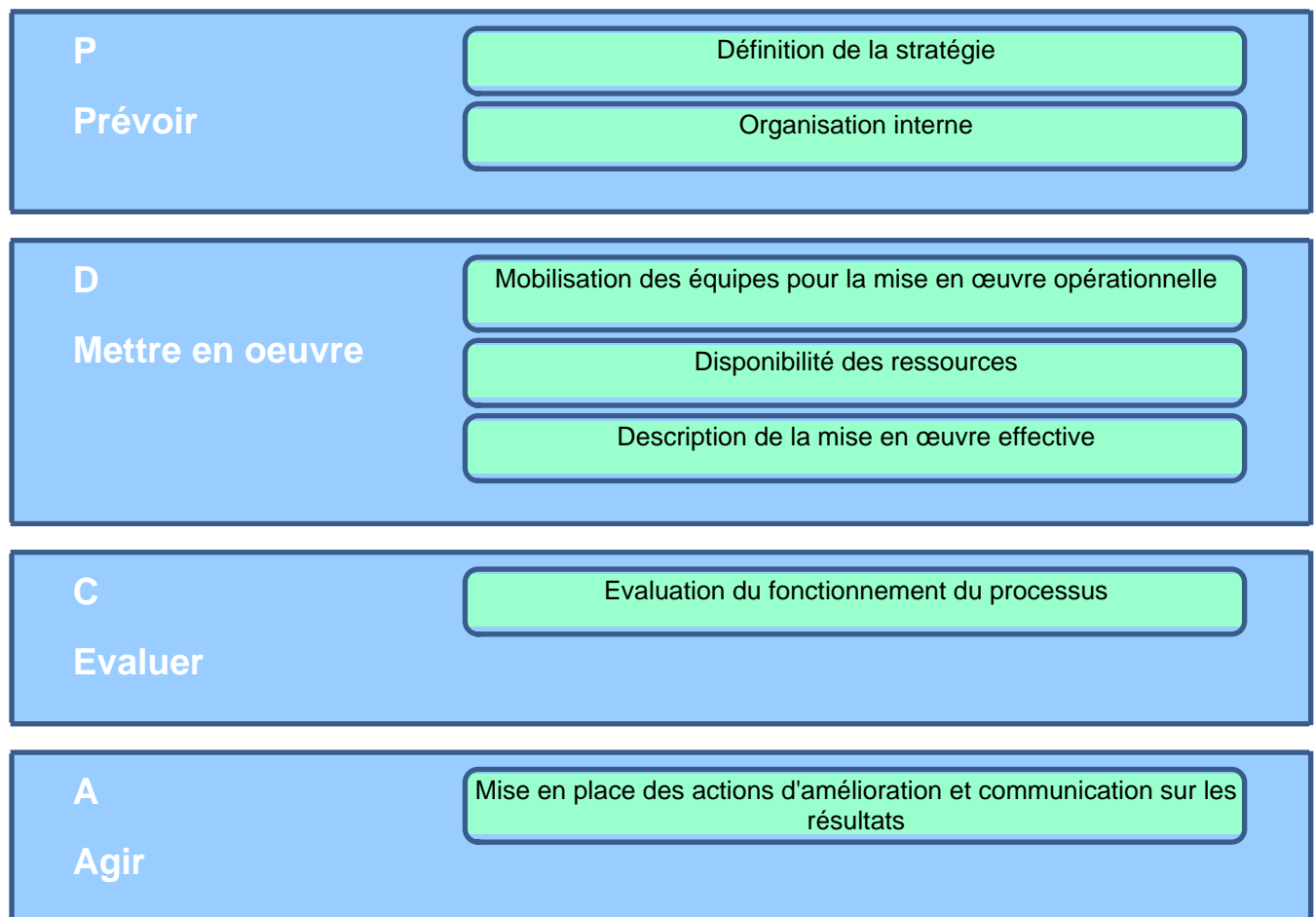
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La stratégie et les objectifs relatifs au management de qualité et la gestion des risques sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie et les objectifs sont déclinés dans trois documents : le Projet d'établissement en cours d'élaboration, une présentation des engagements de la direction et des instances décisionnaires en lien avec la Qualité, et un document concernant la structuration de la cellule qualité. Cette stratégie intègre les obligations légales et réglementaires ; elle a été présentée aux instances concernées (conseil de surveillance, CME, CRUQPC).

Cependant, la stratégie d'amélioration de la Qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins n'intègre pas toutes les données propres à l'établissement, comme par exemple la stratégie EPP, la gestion de crise, l'articulation entre les différents acteurs qui interviennent dans le management de ce processus.

A l'occasion de l'élaboration du compte qualité, les professionnels ont participé sous la conduite de la cellule qualité (responsable qualité, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et assistant qualité), à l'identification des risques par processus. Les risques ont été hiérarchisés selon une méthodologie (détermination d'une criticité), et pour chaque risque, un plan d'action est associé et repris dans le PAQ.

Il existe un PAQ qui est mis à jour par le COPIL qualité en fonction des événements indésirables notamment. Le suivi est réalisé par le responsable qualité.

Les plans d'actions d'amélioration définis dans le Compte qualité au regard de chaque processus comportent la désignation de pilote et fixent les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus, les rôles et les responsabilités sont identifiés dans les documents (règlement intérieur du COPIL qualité, fiches de mission des professionnels concernés).

Il appartient au binôme formé par le Directeur et le Président de la CME de piloter au niveau stratégique le management de la qualité et la sécurité des soins.

La directrice des soins est désignée pour occuper les fonctions de "coordonnateur des risques associés aux soins".

Le trio s'appuie sur un Comité de pilotage de la Qualité (lequel coordonne la mise en oeuvre des actions d'amélioration inscrites au PAQSS de l'établissement), et sur une cellule qualité qui regroupe la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, l'assistante qualité de l'établissement, et deux personnels administratifs en charge de la mise à jour de la gestion documentaire et de la gestion des plaintes et réclamations.

Les fiches de postes de l'ensemble des acteurs ci-dessus désignés précisent leurs responsabilités dans le champ de la Qualité /gestion des risques.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte de ses objectifs : le recrutement d'un assistant qualité pour seconder le coordonnateur des risques associés aux soins, ou la réflexion sur l'acquisition d'un logiciel pour la gestion documentaire (blue medi) sont des exemples de prise en compte des besoins. Cette prise en compte est réalisée dans la limite des moyens attribués.

Le plan blanc a été formalisé et une cellule de gestion de crise est constituée.

Le plan de formation institutionnel inscrit plusieurs actions en lien avec l'amélioration de la qualité.

Le système de gestion des plaintes et réclamation est organisé.

Dans les faits, les moyens mis en oeuvre pour assurer les interfaces et pour faciliter la concertation et la coordination entre tous ces professionnels et vis à vis des secteurs d'activité sont en place.

D / METTRE EN OEUVRE

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.

Les plans d'actions d'amélioration définis dans le Compte qualité au regard de chaque processus impliquent tous les secteurs d'activité de l'établissement. Le Compte Qualité a associé les professionnels des secteurs d'activité pour identifier les risques et déterminer les actions d'amélioration par processus.

Des journées de sensibilisation sur la démarche institutionnelle en rapport avec le management de la qualité et l'élaboration du Compte Qualité ont été organisées par catégorie professionnelle.

Les professionnels connaissent les responsables qui encadrent et animent les démarches qualité.

Il appartient à l'assistante Qualité d'animer les groupes de travail constitués sur chaque processus et de mobiliser les équipes sur les démarches qualité et gestion des risques en cours dans l'établissement.

Un CREX a été structuré pour analyser les causes des événements indésirables graves.

Le COPIL Qualité rassemble les animateurs des groupes de travail, les vigilants, l'assistante qualité, le Président de CME et le Directeur de l'établissement.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. La cellule qualité est chargée d'informer les professionnels des actions finalisées dans le PAQ. Les cadres, correspondants qualité dans les différentes unités, sont destinataires des fiches d'événements indésirables pour apporter les éléments de réponse, et des plaintes et réclamations pour analyse. Chaque année ils organisent les entretiens d'évaluation avec les agents placés sous leur responsabilité, c'est aussi l'occasion de leur rappeler les bonnes pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation de l'assistante qualité l'autorise à encadrer avec compétence les groupe de travail formés sur les processus entrant dans le champ de l'élaboration du Compte Qualité. Un cadre de santé est nommé dans chaque service de soins (SSR et Médecine).

Les ressources matérielles (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs, et correspondent aux besoins des professionnels.

La gestion documentaire est-elle opérationnelle et connue des professionnels. Des classeurs présents dans les deux unités de soins rassemblent la dernière version des procédures et protocoles diffusés dans l'établissement. La fiche de signalement des événements indésirables est mise à la disposition des professionnels dans les secteurs d'activité.

Un projet d'informatisation relatif au dispositif documentaire est en cours de réflexion.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plans d'actions d'amélioration définis impliquent tous les professionnels et secteurs d'activité de l'établissement. La coordination des vigilances est effective. Le dispositif de gestion des événements indésirables est en place. Le nombre annuel de signalements atteste d'une connaissance par les professionnels de la fiche de déclaration des événements indésirables.

Les plaintes et réclamations sont traitées, elles parviennent à la direction qui les transmet au responsable qualité chargé de voir avec les professionnels impliqués les suites à donner ; elles sont toutes portées à la connaissance des représentants des usagers.

La traçabilité des actes et actions réalisés est-elle effective.

Les correspondants des vigilances réglementées sont désignés et participent aux réunions du COPIL qualité.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est effective, elle bénéficie de la taille de l'établissement et d'un climat relationnel propice aux échanges et au dialogue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés.

L'assistante Qualité a réalisé une enquête interne en 2015 pour évaluer le niveau d'appropriation des démarches qualité par les professionnels. Les cadres de santé ont collaboré à ce projet. Le responsable qualité élabore chaque année un rapport d'activité reprenant le suivi du PAQSS, les résultats d'indicateurs et le bilan des événements indésirables notamment. La satisfaction des usagers est relevée.

Dans le cadre de son adhésion au C2Ds, l'établissement participe et a renseigné son baromètre " Développement Durable". Un diagnostic énergétique a été réalisé en 2014.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS.

Des supports et modalités de diffusion sont-ils établis

En fonction des signalements sur les évènements indésirables, des plaintes et réclamations, du résultat des contrôles externes, des engagements du CPOM, des évaluations menées sur les actions d'amélioration en cours, le COPIL qualité réajuste le PAQSS.

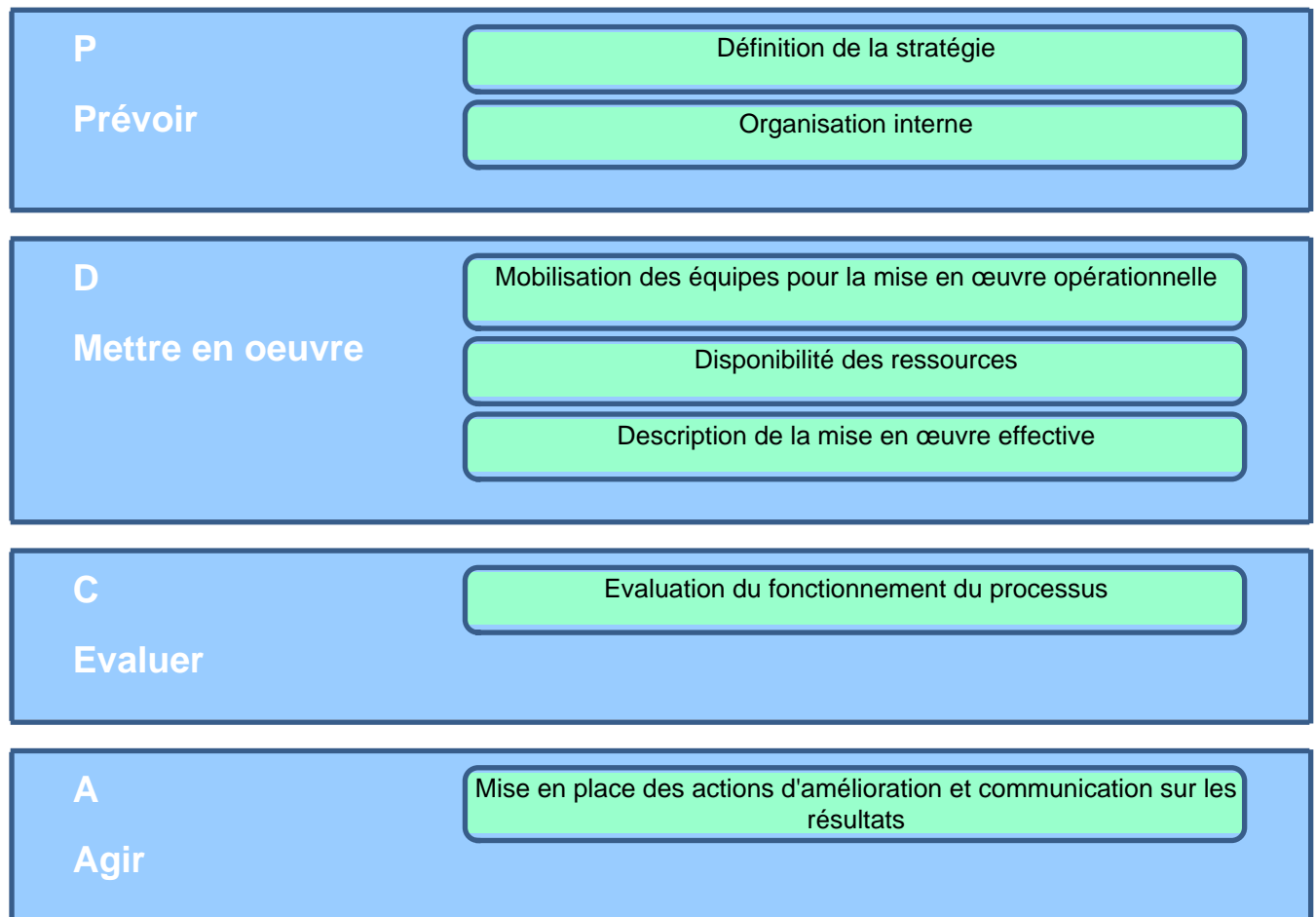
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de Gestion du risque infectieux est définie, elle décrit l'organisation mise en place pour maîtriser les risques. Elle est élaborée à partir du contexte et des missions propres à l'établissement.

Le compte Qualité identifie les risques sur le processus et décline dans un programme, les actions d'amélioration qui leur sont rattachées.

Cette stratégie a été adoptée par les instances concernées de l'établissement (CME, CRU) fin 2015.

ORGANISATION INTERNE

Les acteurs concernés, leurs rôles respectifs (Equipe opérationnelle d'hygiène, gestionnaire des risques) et la définition de l'organisation sont prévus dans la stratégie de l'établissement.

Un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est en place. Cette instance est présidée par le Président de la CME. En 2000, l'établissement a adhéré au réseau inter établissement de lutte contre les infections nosocomiales (RIPIN). Ce choix stratégique lui fait bénéficier de l'expertise d'un praticien hospitalier hygiéniste détaché dans l'établissement à 10%. Une infirmière hygiéniste exerce ses fonctions à temps partiel sur les services SSR et Médecine. Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) réunit autour du praticien hospitalier et de l'IDE hygiéniste, les correspondants en hygiène. Un comité anti-infectieux appelé à traiter les questions se rapportant aux pratiques d'utilisation des antibiotiques rassemble autour de la pharmacienne, du biologiste et du praticien hospitalier hygiéniste, l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement.

Un plan local de maîtrise d'un événement infectieux inhabituel ou sévère est en place.

Le plan de formation institutionnel inscrit dans sa programmation annuelle des actions de formation en lien avec la maîtrise des règles d'hygiène et le bon usage des antibiotiques.

L'ES organise également la réponse à ses besoins en ressources matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés : des procédures sont prévues pour les professionnels, le matériel est prévu pour les ASH et les AS et répond aux besoins.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'élaboration du Compte Qualité a participé à la mobilisation des professionnels sur ce processus. Un programme de lutte contre la légionellose 2016-2020 mobilise les professionnels concernés sur les actions d'amélioration identifiées. Des réunions sont organisées trois fois par an par l'IDE hygiéniste, à l'attention des correspondants en hygiène, chaque catégorie professionnelle y est représentée (IDE, AS, ASH). Le Président du CLIN participe aux journées annuelles organisées par le CHU de Grenoble sur le thème de la maîtrise des risques infectieux. L'infirmière hygiéniste est à l'écoute du personnel pour répondre à leurs questions. Un comité environnemental est en place pour traiter les questions se rapportant à l'hygiène de l'eau, la gestion du gaz et des espaces verts.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des actions de formation en lien avec la maîtrise des règles d'hygiène et le bon usage des antibiotiques sont prévues pour les professionnels.

Dans les services, les professionnels ont accès aux procédures et protocoles actualisés pour surveiller et prévenir le risque infectieux. Un guide d'aide à la prescription des antibiotiques est diffusé. Une liste de BMR à surveiller est disponible.

Le matériel à disposition pour assurer le nettoyage des locaux répond aux besoins en qualité et quantité. L'IDE hygiéniste est en cours de préparation d'un DU en Hygiène.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Président du CLIN est destinataire des ordres du jour et des comptes rendus des réunions organisées à l'attention des correspondants en hygiène. En cas de travaux, le service technique fait le point des mesures à mettre en place pour prévenir le risque aspergillaire.

L'encadrement assure quotidiennement la surveillance de la mise en œuvre des procédures d'hygiène des locaux. Le programme d'actions d'amélioration défini dans le Compte qualité sur le processus est mis en œuvre progressivement par les professionnels concernés.

Les épisodes infectieux graves sont déclarés au RIPIN qui, à son tour en informe le CCLIN et l'ARS. Le dossier patient informatisé est programmé pour déclencher une alarme en rapport avec la réévaluation de l'antibiothérapie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus, sur la base d'outils identifiés.

Le CLIN élabore un rapport d'activité annuel. L'IDE hygiéniste a procédé en 2015 à une évaluation de la maîtrise du risque infectieux dans les services de l'établissement. Les indicateurs IQSS (ICALIN, ICSHA) sont relevés tous les deux ans et le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales est porté à la connaissance des professionnels et des usagers. Dans le cadre du RIPIN, le centre hospitalier de RIVES participe chaque année à une enquête de prévalence des infections nosocomiales. Deux audits clinique ont concerné les traitements antibiotiques à dispensation contrôlée et la réévaluation de l'antibiothérapie. Les résultats de ces évaluations ont été communiqués aux membres du CLIN. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 ème et la 72 ème heure est vérifiée dans le dossier patient.

Les actions d'amélioration mises en œuvre par le CLIN sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

A / AGIR

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

Des plans d'actions d'amélioration ont été élaborés au regard des risques identifiés sur ce processus. Pour chacune de ces actions, l'établissement a défini des objectifs précis, le pilote, l'échéance prévisionnelle et les modalités de suivi. Des supports et modalités de diffusion sont établis (PV de réunions du CLIN diffusés aux membres de cette instance, affichage des indicateurs en lien avec l'hygiène). Le site internet diffuse les résultats en lien avec l'hygiène. Un programme d'amélioration pour la lutte contre la légionellose 2016-2020 adopté par le CLIN est actuellement en cours.

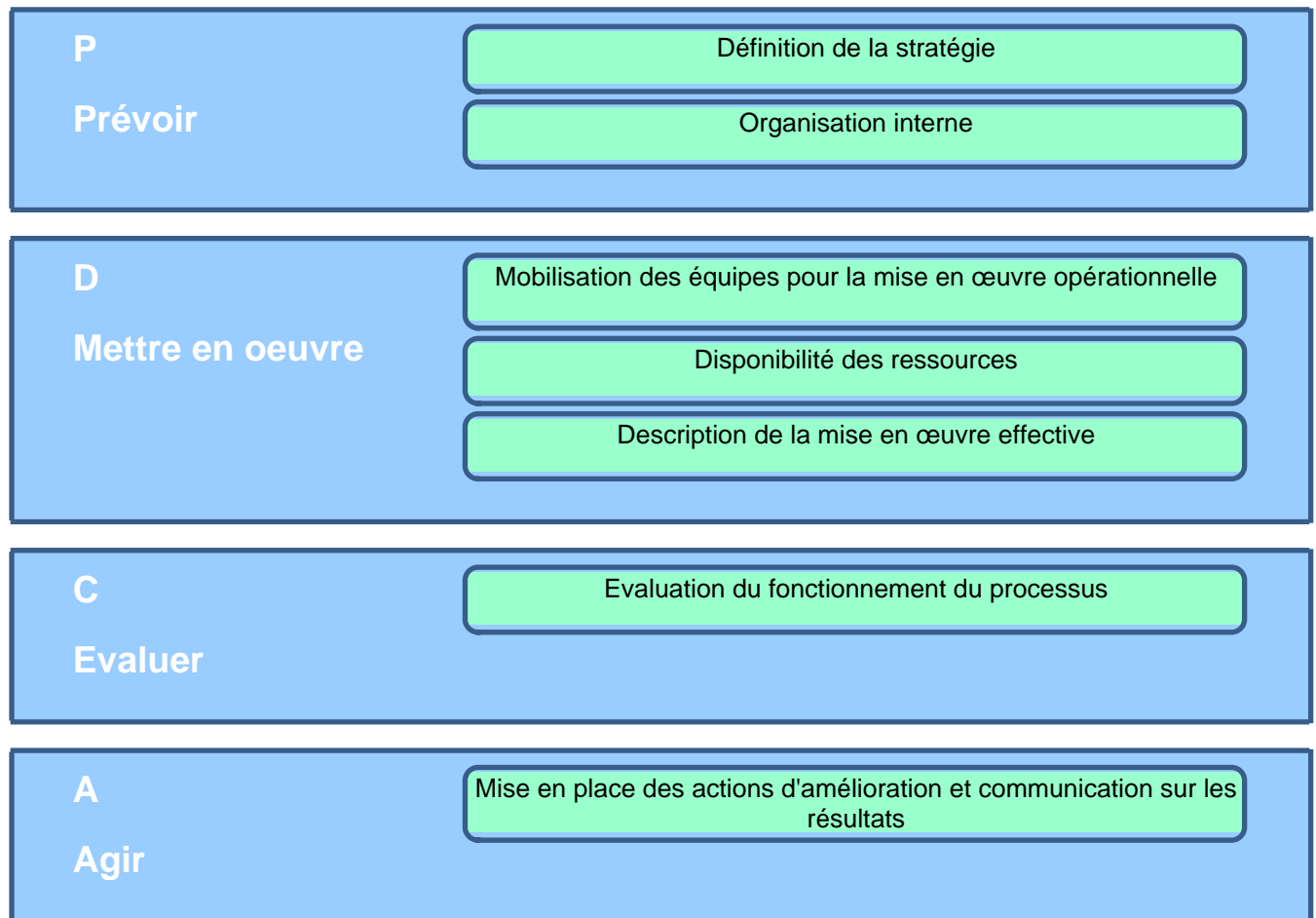
DROITS DES PATIENTS

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

Les orientations stratégiques inscrites dans le projet d'établissement en cours d'élaboration intègrent des objectifs en lien avec le respect des droits du patient. Dans le cadre de la mise en place de son Compte Qualité, l'établissement a identifié les principaux risques et priorisé des actions d'amélioration sur ce processus. Une politique « droits des patients » définit les responsabilités et cite les moyens mis en œuvre pour l'appliquer. Ces documents élaborés avec la participation des professionnels font l'objet d'une diffusion en interne auprès des instances, notamment CME et CRUQPC .

ORGANISATION INTERNE

Le Directeur et la Présidente de la CME sont les pilotes désignés sur ce processus. Leurs rôles et responsabilités sont définis dans la politique des droits des patients.

Ils s'appuient sur la CRUQPC et un groupe de travail créé sur « les droits du patient » pour conduire les objectifs fixés. Un médecin est référent « Droits du patient » sur l'établissement, il anime le groupe de travail précité.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une CRU dont le nombre de réunion est conforme à la réglementation, est en place. Un livret d'accueil pour les patients est prévu, un site internet existe, les procédures sont également prévues (information du patient en cas de dommage lié aux soins, recueil de la personne de confiance, etc.) et diffusées, des salons sont mis à la disposition des familles des patients.

Le plan de formation annuel du centre hospitalier propose des formations en lien avec la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance : « toucher et communication non verbale ».

Un dispositif est en place pour faire bénéficier au patient qui en fait la demande, l'anonymat ou la confidentialité de son séjour.

Les Interfaces entre la direction et le président de la CME, entre la cellule qualité et les représentants des usagers sont organisées ; la taille de l'établissement favorise une concertation quasi quotidienne entre tous ces acteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La sensibilisation des professionnels débute avec la remise du livret d'accueil des nouveaux agents qui intègre « la charte de bientraitance » et la « charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante ». La charte de bientraitance rédigée par un groupe de travail mis en place en 2010 est affichée dans les espaces communs de l'établissement, elle est visible dans le livret d'accueil distribué aux patients. Dans le cadre des journées Qualité organisées en 2015, le thème « droits du patient » a été abordé.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats, des rappels sont faits aux agents lors de l'entretien d'évaluation annuel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

De nombreux protocoles et procédures sur le thème « droits du patient » sont diffusés et accessibles aux professionnels : « annonce d'un dommage lié aux soins », « modalités de restriction des libertés de circulation ou de mouvements » « bénéfiques/risques ». L'établissement a organisé la diffusion d'une brochure ciblant la désignation de la personne de confiance.

Le centre hospitalier propose des formations en lien avec la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance : « toucher et communication non verbale ». Le livret d'accueil remis à chaque patient hospitalisé l'informe sur ses droits et sur les missions de la Commission des relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQPC). Les horaires de visite sont affichés dans l'établissement.

Les chambres à deux lits sont toutes équipées d'un rideau de séparation situé entre les lits et le personnel soignant a la possibilité de signaler sa présence par un signal à l'entrée de la chambre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient ou/et son entourage participe à l'élaboration de son projet de soins personnalisé. En cas de transfusion, le consentement du patient est systématiquement recherché. L'assistante social accompagne

les patients qui en font la demande ou sur sollicitation du cadre de santé. Avec la psychologue, elle participe aux transmissions sur demande du personnel soignant. Une association de bénévoles intervient auprès des patients admis en soins palliatifs.

Dans les situations qui le nécessitent (décès, annonce d'un diagnostic grave ...), le médecin concerné par la prise en charge reçoit les familles en entretien. La recherche d'adhésion du patient en cas de refus de soins est encouragée.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée et les médiateurs sont désignés. Les réponses écrites apportées au réclamant font intervenir les professionnels concernés.

Le dispositif en place permet d'assurer au patient le respect de sa dignité et de l'intimité lors des soins y compris les soins d'hygiène qui lui sont prodigués.

Les conditions d'hébergement préservent dans la majorité des situations l'intimité des patients. Des salons sont aménagés pour permettre à l'entourage du patient de le rencontrer dans des conditions plus intimes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La satisfaction des patients est évaluée, un questionnaire de satisfaction leur est remis avant leur sortie. Un bilan annuel des réponses est porté à la connaissance de la CRUQPC. Un audit a été réalisé sur la contention. Un bilan annuel des "Fiches de Signalement des Evénements Indésirables" (FSEI) dont celles se rapportant au non respect des droits du patient est présenté aux instances (CME, CRUQPC, CSIMRT, etc.). L'assistance sociale élabore chaque année son rapport d'activité.

A / AGIR

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

Le Compte Qualité propose des actions d'amélioration en lien avec les Droits des patients, dont une EPP à réaliser sur la qualité des informations délivrées au patient. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

En fonction des plaintes et réclamations et des résultats des actions menées, le groupe de travail « droits des patients » et/ou la CRUQPC peuvent être amenés à en proposer. Des supports et modalités de diffusion sont-ils établis.

La communication des résultats et actions est-elle réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

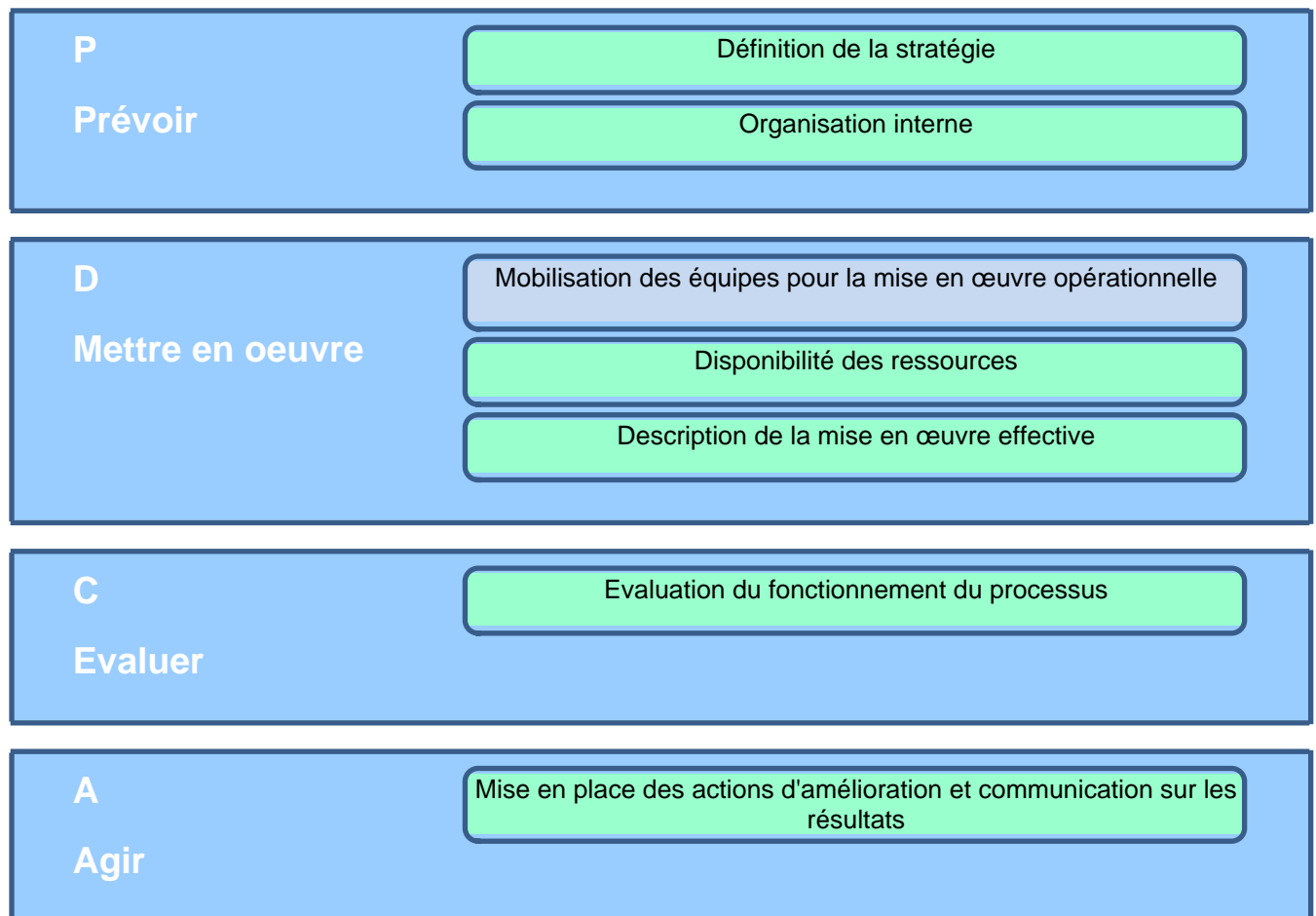
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a développé une stratégie prenant en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire. Des axes forts relatifs au parcours du patient se dégagent au travers du projet d'établissement 2016-2020 : le développement des parcours de santé des personnes âgées et handicapées, la mise en place de l'éducation thérapeutique, la prévention des risques liés à la personne vulnérable. L'accessibilité des personnes âgées ou handicapées aux soins palliatifs, ainsi que la formation continue des équipes dédiées est également une priorité (axe 2 du plan régional de santé (PRS)).

Le programme d'actions est articulé autour de l'identification des risques répertoriés par le groupe de travail du processus, hiérarchisés par une méthode validée. La priorisation et la mise en œuvre du plan d'action sont validées par le COPIL du processus et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités des pilotes du processus sont identifiés : médecin, cadre de santé. Le groupe de travail (psychologue, APA, IDE, AS) est formé par le GRIEPS.

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources matérielles, documentaires, et des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. Les professionnels sont formés (médecins gériatres, soins palliatifs, pneumologue) ainsi que les soignants (IDE, AS). Une réunion d'effectif mensuelle organisée par la direction permet l'ajustement des ressources (kinésithérapeute, psychologue etc..).

L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est en place. L'établissement a inscrit dans ses priorités la prise en charge des personnes vulnérables, notamment à risque suicidaire, l'élaboration d'une procédure de prévention du risque est programmée en 2016. Les patients démunis ou à handicap lourd font l'objet d'un engagement (PE, CPOM) de la part de l'établissement.

Une fiche action (3.8 dans le PE 2016-2020) décrit l'organisation du renforcement de la communication entre les médecins et les paramédicaux sur la prise en charge en soins du patient afin qu'elle soit plus régulière et efficace : temps de présence médicale aux transmissions, et staff pluri-professionnel hebdomadaire.

L'établissement a défini les règles de présence des professionnels (plannings suivis) et un système de gardes et astreintes est en place (5 praticiens H24) afin d'assurer la permanence continue des soins. Un téléphone mobile unique permet de joindre l'astreinte médicale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les services de médecine et SSR ont des missions distinctes, et des admissions également. Le service de médecine reçoit des patients aigus de proximité (ville médecins traitants ou mutations du CH de proximité) par contact téléphonique direct ou fax. Le service SSR reçoit les demandes d'admission des services de court Séjour par TRAJECTOIRE. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le parcours du patient, notamment l'identitovigilance. L'existence d'un serveur d'identité unique en lien avec le DPI, avec édition et utilisation exhaustive d'étiquettes conformes à l'instruction du 07 juin 2013, a permis de mettre en œuvre des actions correctives au regard de dysfonctionnements constatés (non conformités de prescriptions de biologie, traçabilité des erreurs liées au manque de communication de correction d'identité entre les services).

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures établies au regard des indicateurs suivis et informent les professionnels de leurs résultats. Les cadres de santé des deux services, la pharmacienne, la responsable qualité (DSI) mènent des actions de sensibilisation régulières dans les champs métiers spécifiques : évènements indésirables, risque médicamenteux, risque transfusionnel, etc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont suffisantes, avec quatre praticiens temps plein répartis sur les deux services de Médecine et SSR. La présence de deux infirmières par demi journée en médecine et de trois infirmières sur la journée en SSR permet de prendre en charge les patients hospitalisés.

Les PC portables et fixes sont déployés dans tous les secteurs de soins. Les locaux sont adaptés à l'activité. La documentation notamment le guide du DPI et les procédures sont accessibles et actualisés dans tous

les secteurs.

Toutefois, les ressources documentaires ne sont pas toutes prévues : à ce jour, il n'existe pas de procédure de prise en charge du risque suicidaire ; la création de la procédure est inscrite dans le plan d'action 2016.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les urgences vitales sont prises en compte au travers de la disponibilité de chariots conformes dans chaque unité de soins, et par la formation permanente et continue des professionnels (FGSU).

Les professionnels identifient les patients à risque suicidaire dès leur arrivée lors de l'examen initial. Ce risque est tracé et déclenche une série d'actions de prévention assurant la prise en compte de ce risque.

Les patients démunis ou à handicap lourd font l'objet d'une prise en charge adaptée en particulier avec la mise en place d'une organisation de gestion du linge par un prestataire externe pour les patients isolés, le choix de chambres spacieuses pour les patients porteurs de lourds handicaps.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé dès l'arrivée, et de l'ensemble de ses besoins (4 cibles médecin, IDE, AS, ASH), réalisée dès l'arrivée dans le service de soins (procédure en place diffusée et connue).

Le projet de soins est individualisé et personnalisé, en concertation d'équipe, intégrant la réflexion bénéfico-risque. Il est réévalué à périodicité définie (hebdomadaire ou quotidienne si nécessaire) et tracé dans le dossier du patient.

La prise en charge repose sur des transmissions quotidiennes d'équipe pluriprofessionnelle en médecine et des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires pour les LISP et le SSR, tracées dans le dossier du patient. Des intervenants extérieurs (radiologue, ophtalmologue) sont autorisés à l'utilisation du DPI. Sur demande du médecin, des avis de dermatologie, de cardiologie, de chirurgie dentaire sont dispensés dans l'établissement, qui développe une prise en charge particulière dans les champs de l'addiction et du sevrage de traitement migraineux, en collaboration avec un spécialiste du traitement de la douleur du centre hospitalier de proximité.

L'établissement est autorisé à l'utilisation des produits dérivés du sang, en particulier transfusion sanguine ou plaquettes. Un médecin du service de médecine est hémovigilant.

Les activités de soins de suite et réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge, axées sur les évaluations initiales des patients et au travers du PPS établi de manière pluriprofessionnelle.

La prise en charge et le suivi reposent sur des transmissions et des réunions pluridisciplinaires durant le séjour.

Le service SSR dispose d'une massokinésithérapeute diplômé d'état (MKDE), d'un enseignant en activité physique adaptée (APA), ainsi que d'une ASH formée à l'accompagnement et aux transferts. La disponibilité de la salle de rééducation est organisée en fonction des soins programmés aux patients, en tenant compte des toilettes et gestes infirmiers. Le service de médecin dispose d'un MKDE et d'une enseignante APA. Le plateau technique (salle de l'étage) permet une prise en charge compatible avec le PPS du patient. Une assistante de service social participe si besoin à l'élaboration du parcours du patient (aides à la sortie).

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient.

Une diététicienne intervient sur prescription médicale dans le DPI et assiste si besoin aux réunions pluridisciplinaires. L'organisation de l'éducation thérapeutique du patient est effective avec un programme action en lien avec les risques identifiés et les populations reçues dans l'établissement (prothèse de hanche, addictions, pathologies cardiovasculaires). Un professionnel dédié est formé, la coordination avec les professionnels extra-hospitaliers est organisée par les praticiens orientant les patients vers des programmes de région autorisés. Le programme d'actions éducatives est en place du fait de l'absence de programme ETP autorisé (axe 2 du projet d'établissement « Améliorer la prise en charge éducative des maladies chroniques, douloureux chroniques, sevrage alcoolique »).

La sortie est organisée en relation avec les correspondants d'aval. Les courriers de sortie sont dictés par les praticiens et finalisés par le secrétariat médical. Ils sont adressés au médecin traitant, et dans le cas de sorties le week-end, remis au patient. Dans tous les cas, les ordonnances de traitement sont issues du DPI et remises au patient à sa sortie, dans des délais permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins (IQSS médecine : A - SSR : B).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le fonctionnement du processus. Les IQSS sont recueillis par l'établissement. Il suit également de nombreux indicateurs d'activité : pertinence des hospitalisations prolongées, erreurs de prélèvements, sensibilisation aux troubles de la déglutition, taux de phlébite, taux de luxation de prothèse de hanche, bon usage des protections. Des EPP sont déployées sur la pertinence des prescriptions de radiographies pulmonaires, de pose de sonde à demeure, des bonnes pratiques transfusionnelles.

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

Les EPP et les indicateurs suivis par l'établissement ont permis de mettre en œuvre des actions d'amélioration sous forme de programmes action : programme d'action éducative sur la prothèse de hanche, sur les addictions et de procédures de pertinence des soins en particulier sur l'utilisation conforme des protections.
Ces actions sont communiquées aux professionnels après validation par les instances (CME). Des supports et modalités de diffusion sont établis.

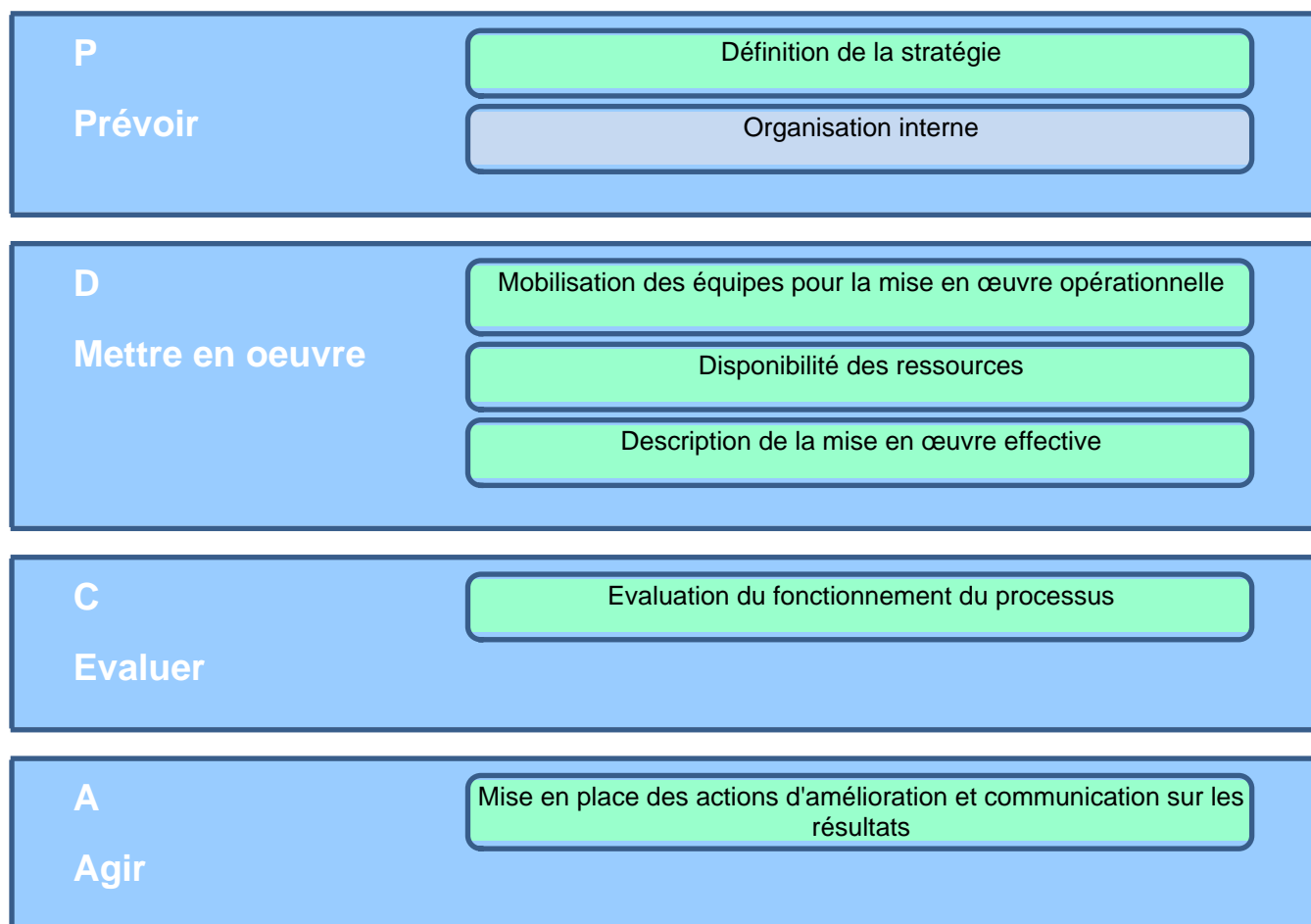
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs liés au dossier patient, sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le principal objectif est de réorganiser les archives pour les dossiers au format papier. Les projets de service SSR et Médecine comportent des objectifs en lien avec la tenue du dossier patient.

la stratégie est validée par les instances concernées (CME et Conseil de Surveillance).

L'analyse des risques sur le processus a été réalisée en associant les professionnels concernés, un programme d'actions d'amélioration a été défini dans le cadre de l'élaboration du Compte Qualité.

La stratégie relative au dossier patient est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

La commission des soins infirmiers (CSIRMT) est l'instance désignée pour piloter le processus. Un Cadre de santé qui participe aux travaux de cette commission est copilote du groupe de travail constitué sur la thématique « dossier patient ».

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

- le matériel informatique prévu dans les unités de soins répond aux besoins du dossier patient informatisé (DPI).

- des formations ont accompagné la mise en place du DPI et aujourd'hui les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation interne destinée à leur faciliter l'appropriation du logiciel.

- l'établissement a défini dans une procédure les règles de tenue du dossier patient informatisé (DPI). Le guide mis à la disposition des professionnels se double d'un support didactique à destination des nouveaux arrivants, destiné à leur faciliter l'appropriation du logiciel.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le directeur adjoint chargé des finances assure la liaison avec le prestataire informatique externe appelé à intervenir en cas de besoins. Une cellule « identito-vigilance » est formée sous l'autorité du responsable du bureau des entrées. Une secrétaire médicale est chargée de l'archivage et des règles de classement du dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est organisé.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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

L'encadrement des services s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues pour saisir les données du patient dans son dossier et accompagne l'intégration des nouveaux arrivants en rapport avec ce thème.

Le groupe de travail « dossier patient » a pour mission principale de suivre l'évolution du « dossier soins ». Les comptes rendus des réunions font l'objet d'une diffusion en interne. Au niveau régional il existe un club utilisateur du logiciel « gestion administrative du patient » auquel participe une délégation du centre hospitalier de RIVES.

Les responsables débutent la sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés sur le processus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

A l'occasion de l'informatisation du Dossier patient en 2009, des formations ont été organisées, elles sont prolongées depuis, pour approfondir la maîtrise du logiciel par les professionnels concernés.

Le DPI est interfacé avec les logiciels « gestion administrative du dossier patient » et « gestion des prescriptions médicamenteuses ». De nombreux protocoles et procédures en rapport avec la gestion du dossier patient sont diffusés et accessibles dans les deux services SSR et Médecine.

Le matériel à la disposition du personnel répond aux besoins en quantité et qualité et permet d'assurer la saisie des données du patient en temps utile. La maintenance du matériel informatique est assurée par une société externe, un contrat de maintenance est signé avec le prestataire informatique.

Les locaux d'archivage du dossier patient sont adaptés aux besoins et sécurisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accès au DPI est sécurisé par un code propre à chaque utilisateur. En fin de matinée, les soignants valident la traçabilité des soins dispensés et les constantes observées.

Le médecin de garde en situation de saisir les données administratives du patient aux heures de

fermeture du bureau des entrées peut se référer à un guide qui présente le logiciel dont il s'agit.

Le livret d'accueil remis à chaque patient l'informe sur ses droits d'accès au dossier médical. Depuis 2013, deux EPP ont contribué à mobiliser les professionnels sur le processus : la première concernait la « traçabilité de l'administration des stupéfiants dans le dossier patient », et la seconde « la tenue du dossier transfusionnel ». Les observations réalisées au cours de l'audit de processus ont permis de mettre en évidence une bonne appropriation par les professionnels de l'outil mis à leur disposition en terme de fiabilité et de facilité d'utilisation. En cas de non accessibilité au DPI sur les PC mobiles à la suite d'une panne ou d'une coupure de courant, les professionnels ont accès à un PC fixe sécurisé, dans chaque service, qui leur permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patient.

L'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge accèdent en temps utile au dossier patient. En cas de demande d'accès par un correspondant externe, la transmission est organisée.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Les demandes sont adressées à la direction et traçées dans un cahier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus Dossier du patient sur la base d'outils identifiés.

Le recueil des indicateurs IQSS « tenue du dossier patient » est effectué par des professionnels volontaires. Entre deux évaluations, il réalise une évaluation interne sur la base des mêmes items : l'évaluation de l'usage des « cibles » dans le dossier de soins a été réalisée en 2014 dans les services SSR et Médecine. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux professionnels par voie d'affichage et sur le journal interne.

Le délais de transmission du dossier au patient qui en fait la demande est évalué.

A / AGIR

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

En fonction des événements indésirables survenus à l'occasion de la gestion, depuis la création du Dossier patient, jusqu'à son archivage d'une part, de l'analyse à priori des risques et des résultats des évaluations conduites sur la tenue du dossier patient d'autre part, des actions d'amélioration ont été ciblées par la CSIRMT et le groupe de travail ad hoc. Ainsi, ont été améliorés la traçabilité de la douleur, de la transfusion et de l'alimentation. Les professionnels sont associés à leur mise en œuvre.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les indicateurs IQSS / Tenue du dossier patient font l'objet d'une large diffusion en interne.

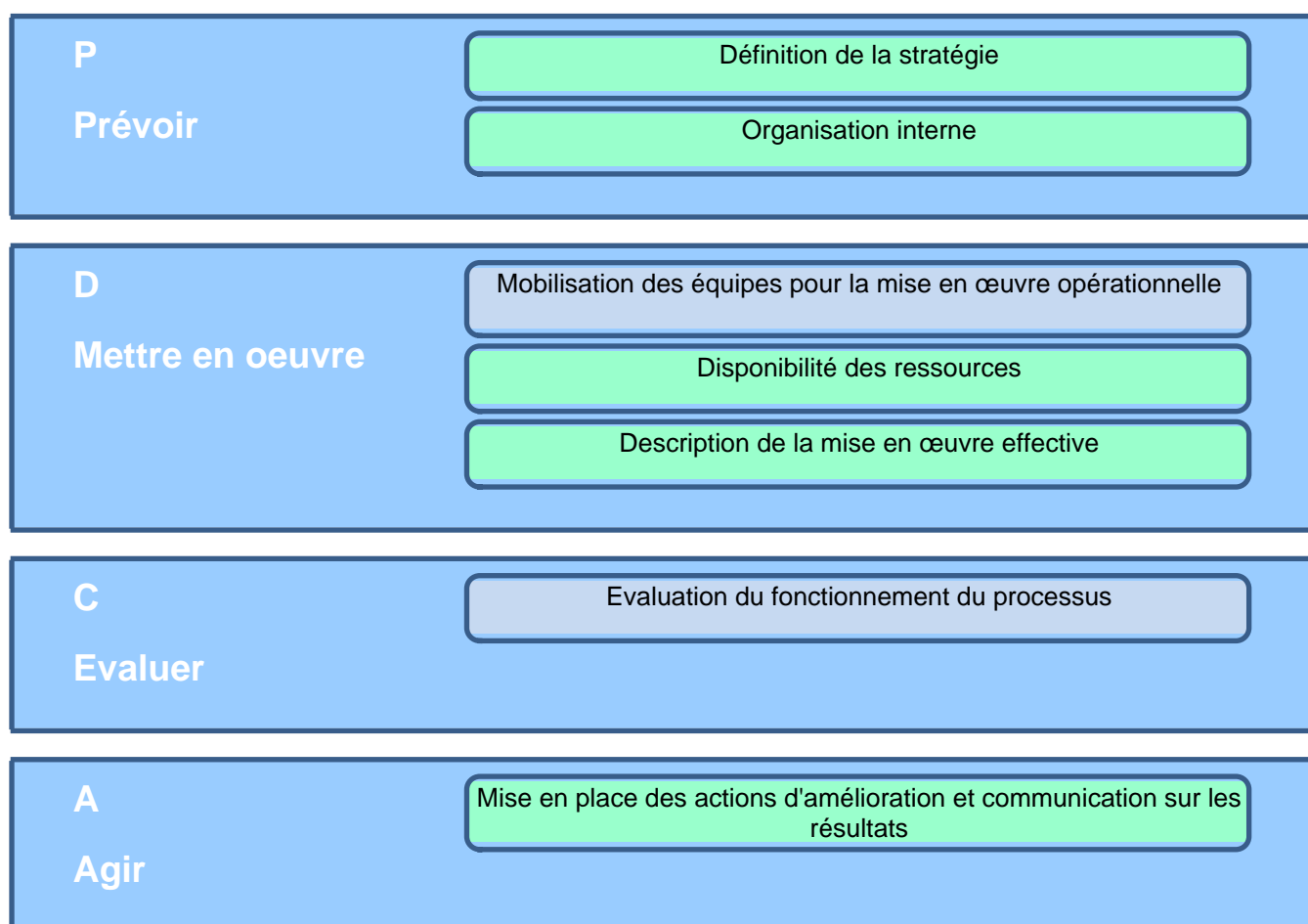
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Management de la prise en charge médicamenteuse du patient, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques (CME 17/11/2015). L'établissement a défini sept orientations stratégiques déclinées en axes opérationnels, s'appuyant sur le CBUM, les indicateurs IQSS et la cartographie des risques, avec notamment des dispositions spécifiques au sujet âgé (iatrogénie, mise à disposition de documents actualisés).

Cette stratégie validée par les instances concernées, décrit les étapes de réalisation, définit les indicateurs de suivi et les EPP.

En effet, l'établissement s'est engagé sur ces axes au travers du CPOM 2013-2018, ainsi que dans son projet d'établissement en cours de finalisation, lui même intégré dans un GHT.

Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le groupe de travail (médecin, cadre de santé, préparateur en pharmacie), ainsi que les rôles et fonctions des pilotes (pharmacien, cadre de santé) sont définis en lien avec le coordonnateur des risques (DSI). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

L'établissement, par l'intermédiaire du COMEDIMS et du COPIL QGR, a répertorié les risques en relation avec la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Les protocoles et procédures ont été créés ou réactualisés et diffusés à l'ensemble des acteurs de soins.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète, en particulier au travers de l'outil OSIRIS, déployé sur tous les services de soins, en lien avec le service d'information hospitalier (serveur d'identité unique MEDIANE).

L'éditeur logiciel (CORWIN) et le pharmacien ont abouti à la création et à la validation des règles et supports de prescription pour l'ensemble des prescripteurs. Seuls les professionnels habilités ont accès à ces prescriptions.

La permanence pharmaceutique est organisée (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.).

L'organisation est définie pour les ressources humaines et matérielles nécessaires, au regard des besoins de l'établissement. L'accès est strictement limité au personnel habilité par un système de badge (deux badges pour pharmacien et préparateur, un troisième badge est dédié au risque incendie, il est détenu par le directeur).

En l'absence du pharmacien, le préparateur est employé au dé cartonnage des livraisons et au rangement de la PUI, en application de la réglementation et de la procédure de l'établissement (rédigée en octobre 2015, validée en COMEDIMS et en CME en décembre 2015). Il n'exerce aucune fonction de délivrance ou mise à disposition de médicaments.

Une convention existe avec l'officine de ville et le centre hospitalier de proximité en cas de besoin urgent, en l'absence du pharmacien.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables (pharmacien, médecin, cadre de santé) sensibilisent les professionnels concernés sur le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses, en particulier par les journées de soins infirmiers et le journal interne.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des taux de conformité en relation avec les traitements personnels de patients, de sensibilisation du personnel soignant, sont mis en œuvre et diffusés, avec identification des actions correctives (traçabilité de réévaluation du traitement antibiotique, médicaments à dispensation contrôlée).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). En particulier, un audit sur la gestion du traitement personnel du patient a permis de réévaluer le système de stockage.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en adéquation avec les besoins (deux médecins prescripteurs par service ainsi que deux infirmières par demi-journée en médecine et une infirmière l'après midi en SSR).

Ces professionnels sont formés et disposent du matériel nécessaire à la prescription et à l'administration du médicament. Les locaux sont sécurisés et inaccessibles aux personnes non autorisées (digicodes). Les aides et support de prescription sont à la disposition des professionnels sous forme de guide d'utilisation de l'outil informatique et d'aides à la prescription (livret thérapeutique incluant les stratégies de médicaments à dispensation spéciale, écrasables, antibiotiques). Les actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont réalisées : en 2014, 23 agents ont été formés au circuit du médicament. Un chariot d'urgence conforme est en place dans chaque service (Médecine et SSR), contrôlé mensuellement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les opiacés font l'objet d'une procédure spécifique et sont en délivrance nominative, de même que les médicaments à dispensation contrôlée ou les médicaments hors livret. La délivrance des médicaments est globale (hors cas cités précédemment). Les circuits sont respectés et connus des professionnels. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, en particulier l'administration en temps réel dans les unités de soins, et la dispensation à la PUI.

L'établissement a mis en oeuvre le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque. Le transport par container est sécurisé, les stockages à la PUI et dans les unités de soins sont conformes, avec traçabilités, gestion des périmés. Les gaz (ANTONOX et OXYGENE) sont stockés dans les conditions définies par la réglementation (stock PUI en sous sol et bouteilles dans les unités de soins).

Le déploiement complet de l'outil informatique a permis une exhaustivité des traçabilités lors de l'administration des médicaments. Les médicaments sont administrés par les professionnels habilités.

Les soignants s'efforcent de donner une information aux patients sur le bon usage des médicaments. Les traitements par AVK font l'objet de la remise d'un document, les diabétiques sont informés sur l'insuline, ce que confirme l'investigation issue des patients traceurs.

Toutefois, au regard de l'équivalent temps plein de 0.7 du pharmacien, l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) n'est pas totalement réalisée : le nombre d'ordonnances analysées par le pharmacien et reporté dans le CBUM est de 4696 sur 9742 ordonnances.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du processus sur la base d'outils identifiés. Le dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs, est en place (IQSS très élevés en médecine et SSR). Un diagnostic INTERDIAGMEDICAMENTS a été réalisé en 2013. Un audit du circuit est réalisé annuellement (CBUM). Par ailleurs, l'établissement suit de nombreux indicateurs : l'indicateur qualité du stockage dans les unités de soins, utilisation d'antibiotiques spécifiques, médicaments à dispensation contrôlée.

L'établissement a aussi déployé des EPP sur le médicament : audit de prescription des traitements antiplaquettaires (2012), audit des traitements par héparine (2013), traçabilité de la réévaluation ATB (2014), gestion des traitements personnels des patients.

De part son engagement au CBUM, l'établissement, suit ses scores Bon usage et Qualité sécurité.

L'engagement Hôpital Numérique est tenu (HN D3.1 et D3.5 au maximum).

L'ensemble de ces évaluations sert à identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les indicateurs et EPP suivis sont communiqués au COMEDIMS et les actions d'amélioration sont inscrites au PAQ. A l'issue de ces audits, une refonte complète des stockages des unités a été validée par le COMEDIMS et la direction. Des sensibilisations ont été mises en oeuvre sur les bonnes pratiques d'utilisation des boîtes piquant-tranchant. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne par des affichages mémo, par le cadre santé lors des transmissions auprès des professionnels. Les membres de la CRU sont informés des actions mises en oeuvre.