



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE

**13 rue de jeu de paume
22405 Lamballe
OCTOBRE 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
ANNEXE	41

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 DE LAMBALLE	
Adresse	13 rue de jeu de paume 22405 Lamballe
Département / région	COTES-D'ARMOR / BRETAGNE
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	220021968	CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE	13 rue du jeu de paume 22405 LAMBALLE
Etablissement de santé	220006456	USLD CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE	13 rue du jeu de paume Bp 90527 22405 Lamballe
Etablissement de santé	220000566	CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE	13 rue de jeu de paume 22405 Lamballe

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	22
SLD	SLD	30
SSR	SSR	20

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	Patient atteint de cancer	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	SSR	Patient polyopathologique	Programmé	Simple	SSR
3	Adulte	SLD	Patiente porteuse de maladies chroniques	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

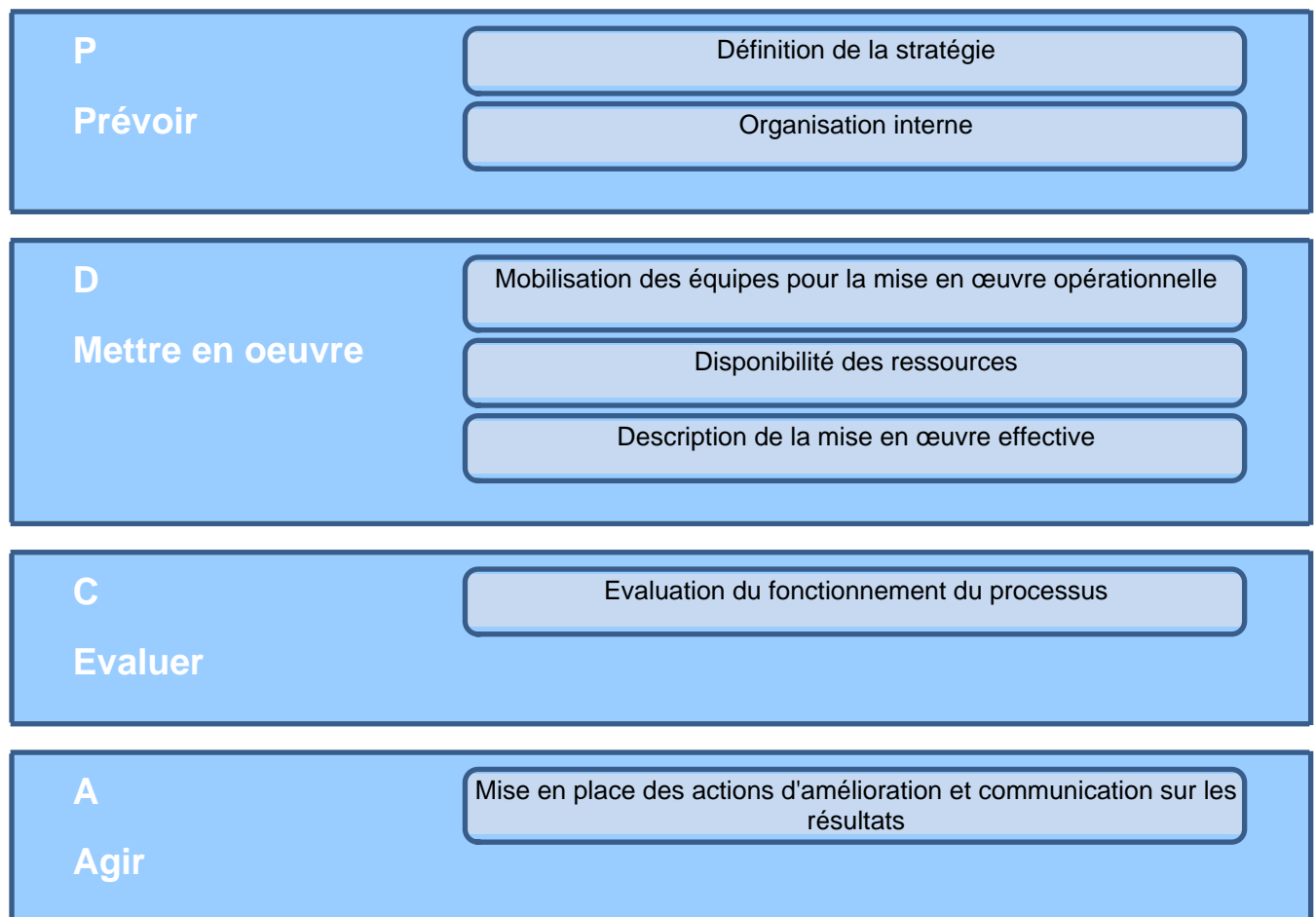
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans le projet d'établissement 2016-2020, en particulier dans le projet médical et dans le projet de soins. Elle s'exprime également au travers du projet qualité et gestion des risques qui intègre la stratégie EPP. Ces stratégies ont été validées en CME et en CSIRMT et communiqués à l'ensemble des professionnels ainsi qu'à la CRU.

La politique et la stratégie des EPP sont portés par la CME. Elles reposent sur les besoins propres à l'établissement dont la pertinence des soins et l'appropriation de la méthode par les professionnels.

L'établissement a identifié les risques des différents processus dans une cartographie des risques construite dans un premier temps par les pilotes à partir de la veille réglementaire, des différents contrôles, des indicateurs IQSS, HN et internes, des événements indésirables, des résultats des CREX, des EPP et des observations faites lors des audits patients traceurs croisés. L'établissement n'a pas fait l'objet de décision suite à la visite de certification V2010. La réglementation et ses évolutions sont prises en compte le cas échéant. Cette cartographie a ensuite été soumise aux professionnels.

Les objectifs identifiés sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions validé par la CME et la CSIRMT. Celui-ci fait référence pour chaque action à un pilote, à des délais et à des indicateurs mesurables. Les risques prioritaires et les plans d'actions correspondant alimentent le compte qualité et permettent son articulation avec le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le président de la CME, le directeur, la directrice des soins, la responsable qualité et gestion des risques en lien avec le comité de pilotage. Leurs missions sont formalisées au niveau institutionnel et au niveau opérationnel.

Deux coordonnateurs des risques sont désignés : la directrice des soins et l'ingénieure qualité. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est formalisée dans l'organigramme fonctionnel de la gestion des risques. Les vigilances sont organisées, ont leur règlement intérieur propre et sont coordonnées au sein de la commission soins qualité risques et de la CME. Ces instances et commission permettent la régulation des interfaces et la coordination des actions.

Le temps dédié à la qualité s'est adapté aux besoins de l'établissement qui a fait évoluer ses effectifs et compétences et a adapté son plan de formation au développement de la culture qualité.

Le système de déclaration des événements indésirables est organisé avec une déclaration sous forme électronique intégrée à la base documentaire et incluant des fiches spécifiques comme pour l'identitovigilance ou le risque infectieux.

La gestion documentaire est totalement informatisée, mise à jour par la qualité.

La veille réglementaire est organisée. L'établissement dispose d'un plan blanc, d'un plan inondation, d'un plan neige et d'un plan bleu réactualisés tous les ans.

La coordination est organisée avec les structures régionales comme le réseau qualité régional, l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique), les soins palliatifs ou l'ARLIN (antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales).

Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est organisé avec l'Etablissement Français du Sang de Saint-Brieuc. Un médecin correspondant local est en place.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée et articulée avec le dispositif de gestion des événements indésirables. La représentation des usagers est organisée, la Commission des Relations avec les Usagers possède son règlement intérieur.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comporte des actions transversales et/ou spécifiques aux secteurs de médecine, SSR et SLD, bien que le partage d'expérience et les pratiques communes soient privilégiés y compris avec l'EHPAD. L'analyse des risques a priori de chaque processus a fait l'objet d'environ quatre réunions dont au moins une avec les professionnels de terrain. Ils ont été mobilisés dans la priorisation des risques et dans l'élaboration du compte qualité.

La démarche de sensibilisation et d'implication des professionnels repose par ailleurs sur les instances et les réunions, le journal interne, les "mois à thème" comme le mois identitovigilance, la présence des pilotes sur le terrain et l'écoute des professionnels.

Les professionnels participent aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles (dont patients traceurs, analyse de scénario, EPP pertinence des transfusions), aux comités de retour d'expérience.

Les professionnels sont informés de la stratégie en matière d'EPP, des résultats obtenus et de l'évolution

du PAQSS en CME et en commission de soins. Ils participent à des actions comme le forum des soins, la journée hygiène ou la semaine sécurité. Ils déclarent les événements indésirables et sont informés de la suite donnée à leur déclaration. Ils sont sollicités pour l'identification des actions correctives faisant suite à leurs déclarations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels de la qualité ont bénéficiés de formation sur la certification V2014, sur l'approche par processus et le compte qualité. Ils ont ensuite dispensés ces formations en interne à l'ensemble des professionnels. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés à la déclaration d'évènement indésirables.

Les compétences utiles (dont l'analyse des risques et l'analyse des causes profondes) autour de l'exercice de la coordination de l'activité des risques liés aux soins sont disponibles et présentes dans les services (pilotes, cadres, ingénieure qualité).

Les représentants des usagers ont participé en 2015 à la semaine sécurité des patients.

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu. Il contient par exemple les procédures de gestion documentaire, de gestion des événements indésirables, de gestion des plaintes et réclamations et un guide CREX. Les procédures sont accessibles à partir de la cartographie de chaque processus disponible à partir du logiciel de gestion documentaire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en oeuvre les stratégies et les organisations établies. Il a d'une part pérennisé ses résultats suite à la précédente visite de certification V2010 et s'est d'autre part inscrit dans une démarche de gestion qualité-risques par processus. Ainsi il a établi une cartographie des différents processus le concernant. Cette cartographie, accessible depuis le logiciel de gestion documentaire, donne accès à la base documentaire aux différentes étapes du processus.

Les procédures et protocoles sont réactualisés à périodicité régulière, toutes les 4 ans. Un système d'alerte individualisée par mail permet de prévenir les professionnels de tout changement, tant dans le sens ascendant que descendant.

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle. Une cartographie est en place permettant la hiérarchisation des risques selon les éléments de fréquence, de gravité et de maîtrise. Les modalités de leur traitement sont définis. La cartographie est réactualisée tous les ans par l'intégration des résultats des évaluations et des plans d'actions mis en oeuvre. Cette analyse de risques est menée par les différents pilotes en appui de l'ingénieure qualité, gestion des risques, en concertation avec les professionnels de terrain.

Le suivi des actions inscrites au PAQSS est réalisé en CSIRMT qui inclut l'ingénieure qualité à chacune de ses réunions; les pilotes de processus et autres professionnels engagés dans les démarches d'amélioration présentent alors l'avancement des actions inscrites dans le PAQSS.

Un dispositif de gestion des événements indésirables approprié est opérationnel. La commission de retour d'expérience (CREX) se réunit tous les mois, elle procède à l'analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et formalisée. Cette commission est ouverte à tous les professionnels des 3 secteurs qui sont partie prenante et porteurs d'actions d'amélioration (ex: insuline). Ils participent par ailleurs aux EPP (dont les patients traceurs et l'analyse de scénario), aux déclarations des événements indésirables et à des manifestations ou actions de sensibilisation telles le forum des soins, la journée hygiène ou la semaine sécurité des patient qui associe également les représentants des usagers.

La coordination de la gestion des risques est assurée par le pharmacien, président de CME et la responsable qualité et gestion des risques. Des réunions ont lieu tous les 15 jours.

Les actions consécutives aux contrôles réglementaires sont réalisées. La cellule de crise et les procédures d'alertes sont opérationnelles.

Les plaintes et réclamations sont analysées, exploitées et présentées en CRU. Les actions afférentes sont inscrites au PAQSS et présentées en CRU. Elles contribuent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de l'accueil. Le dialogue ville-hôpital par l'intermédiaire des élus ou de manière plus informelle concourt à la prise en compte des attentes des usagers. Les représentants des usagers sont associés à des visites de l'établissement, des rencontres avec les professionnels et une table ronde "parole donnée aux usagers" à l'ARS. L'intervention des associations est facilitée.

Le service qualité, la commission médicale et la commission de soins suivent l'avancement des EPP. La coordination et l'accompagnement méthodologique sont assurés par le service qualité.

La "qualité-gestion des risques" est systématiquement abordée en réunion de direction, en réunions SQR (Soins Qualité Risques) qui associe l'ensemble de l'encadrement dont technique et administratif, en commission médicale d'établissement et en commission de soins. La CRU est informée au moins une fois par an du dispositif qualité, de ses travaux et de son évolution.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité de l'ensemble du processus est évaluée en prenant en compte les indicateurs internes et externes dont les indicateurs qualité et sécurité des soins, HN, ceux inscrits au CPOM, les enquêtes réalisées auprès des professionnels, les évolutions de la cartographie des risques et du PAQSS. Tous les indicateurs qualité, gestion des risques et sécurité des soins sont suivis dans un tableau de bord.

La direction, la CME et la commission de soins suivent le développement de la culture qualité dont les EPP (au travers du tableau de bord EPP) et les CREX. Le bilan annuel des vigilances et de la veille sanitaire est réalisé conformément à leur règlement intérieur.

La satisfaction des usagers est évaluée en lien avec la CRU par les questionnaires de sortie, par des enquêtes patient lors du séjour en SLD et par la participation de l'établissement à l'enquête ISATIS. La CRU réalise son rapport annuel d'activité.

Les résultats des évaluations sont présentées aux instances.

Le tableau de bord des indicateurs qualité et sécurité des soins est présenté aux professionnels lors des réunions de service.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux évaluations et analyses réalisées, y compris celles des causes profondes.

Les plans blancs, bleus, neige et inondation font l'objet d'ajustements réguliers, au moins tous les ans. Le bilan des vigilances, dont l'hémovigilance, et de la veille sanitaire ont fait l'objet d'amélioration. Les retours des professionnels ont permis une amélioration de la gestion documentaire dont les demandes d'actualisation des procédures.

La cartographie des risques et le PAQSS sont réajustés au moins une fois par an en fonction des résultats des évaluations par la responsable qualité et les pilotes.

Depuis 2012, le bulletin d'information permet de communiquer sur l'ensemble du management de la qualité et de la gestion des risques (retour sur EPP, CREX, semaine sécurité, etc.).

Conformément à la réglementation, l'établissement affiche l'ensemble des indicateurs nationaux ainsi que les résultats d'audits ou des enquêtes de satisfaction. L'ensemble des instances dont le CTE et la CRU est informé des résultats des évaluations et des actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

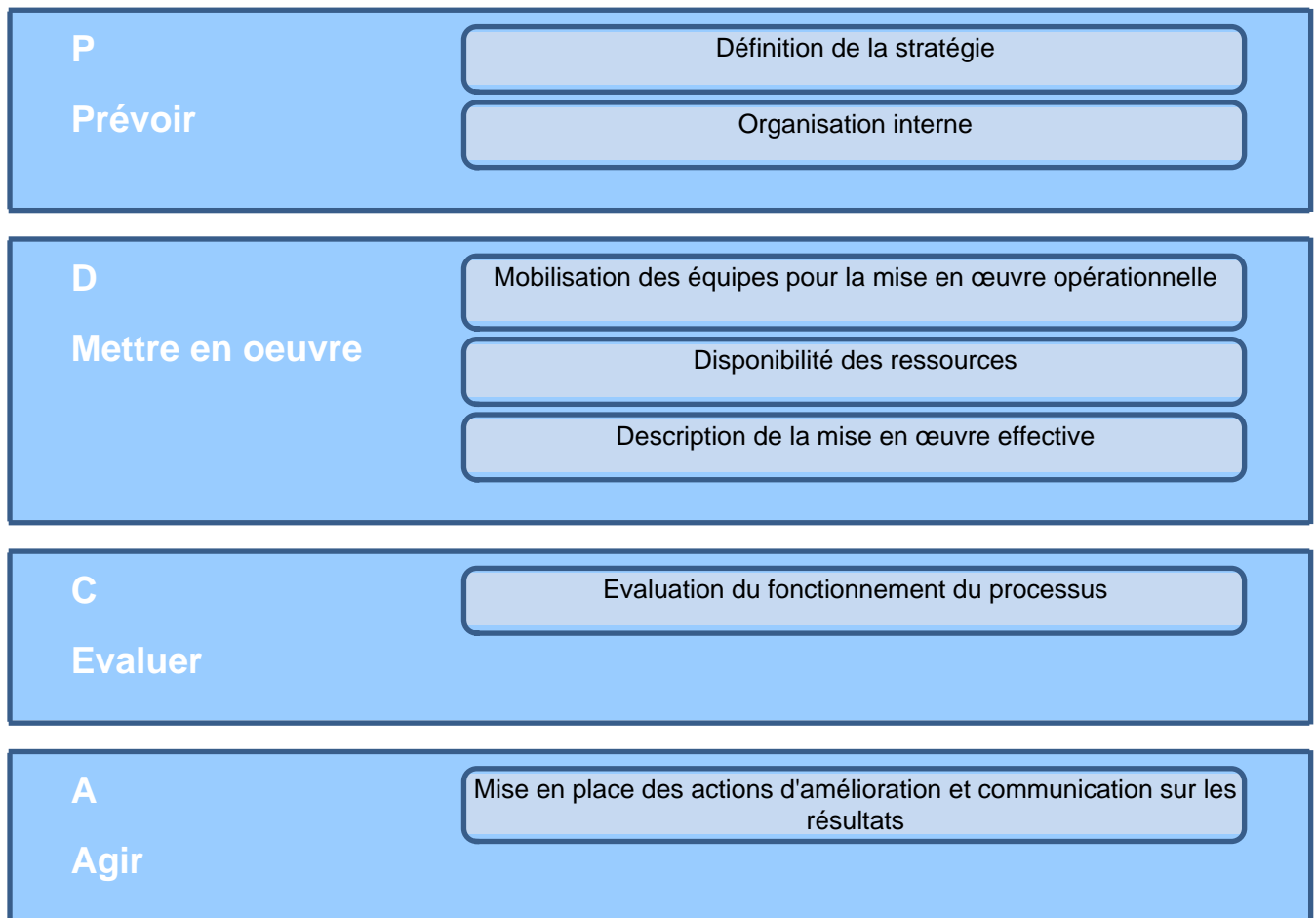
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 gestion du risque infectieux du CH de Lamballe est formalisée dans le projet hygiène et gestion du risque infectieux en déclinaison du projet d'établissement et du projet de soins 2016-2020. Il définit 3 objectifs généraux visant à développer la prévention des infections associées aux soins sur l'ensemble du parcours de santé en impliquant le patient, à renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance, à réduire les risques infectieux liés aux actes invasifs. Ces objectifs sont élaborés sur la base de l'analyse et de la hiérarchisation des risques avec les professionnels concernés de manière structurée selon une méthodologie définie. Ils prennent en compte la réglementation, les déclarations d'événements indésirables et les résultats des évaluations internes. Les indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins de la lutte contre les infections nosocomiales sont tous conformes. L'établissement a fait l'objet d'un contrôle ARS sur ICATB2 et ICABMR.

Cette stratégie, validée par le CLIN, la CME et la CRU formalise l'organisation et les moyens en termes de prévention, de surveillance, de formations, de gestion des alertes, d'évaluation et de communication. Elle est déclinée dans un programme d'action institutionnel formalisé priorisé et unique. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies en termes de ressources, de responsabilités, d'échéancier et de modalités de suivi. Ce programme est présenté et validé par les instances: CLIN, CSIRMT, CME, CRU. Il est priorisé et articulé avec le compte qualité.

L'établissement a passé convention avec le CH de Saint Brieuc pour la mise à disposition de moyens de formation et des compétences en infectiologie et en microbiologie.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin président du CLIN, le cadre de santé hygiéniste et l'infirmière hygiéniste. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la fiche de "missions pilote du processus". Le pharmacien est référent en antibiothérapie, il est titulaire d'un DIU thérapeutique anti infectieuse et dispose de sa fiche de mission.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Les pilotes disposent d'un DU d'hygiène hospitalière. Les plans de formation 2015 et 2016 prévoient des formations régulières annuelles en hygiène, organisées par l'EOH de Saint Brieuc ou par l'ARLIN ainsi que des formations médicales sur le bon usage des antibiotiques. L'infirmière hygiéniste sensibilise régulièrement les professionnels aux bonnes pratiques dont l'hygiène des locaux. Les nouveaux arrivants sont tous formés et évalués par l'infirmière hygiéniste. Des correspondants en hygiène sont présents dans les services, ils sont les relais auprès des équipes soignantes et hôtelières.

Les ressources matérielles permettent l'organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux et de prévention du risque infectieux, tout en privilégiant le développement durable. La maintenance des lave bassins et nettoyeurs vapeur est organisée.

Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux, y compris concernant l'hygiène des locaux sont disponibles dans la base documentaire informatisée et accessibles depuis la cartographie du processus.

Les interfaces sont organisées avec la pharmacie, le laboratoire pour la surveillance des BMR, la médecine de santé au travail, les services techniques et le service économique dans le cadre du renouvellement des marchés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont déclinés dans les secteurs de médecine, SSR et SLD. Les professionnels rencontrés lors de l'investigation en SSR ont connaissance des risques prioritaires.

Les pilotes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés du processus. Le cadre hygiéniste est également en charge de l'encadrement des secteurs de médecine et SSR. L'infirmière hygiéniste sensibilise les professionnels de tous les secteurs à l'occasion des visites de maîtrise des risques et évaluations réalisées dans les services. La journée hygiène des mains, le forum des soins, la semaine sécurité du patient sont autant d'occasions mises à profit pour informer et sensibiliser les professionnels.

Des audits, EPP sont réalisées de manière régulière sur les différents champs du processus. Les professionnels déclarent les événements indésirables et participent aux CREX mensuelles ou sont sollicités dans l'analyse des événements indésirables et la recherche des mesures de traitement. Ils sont informés des résultats des évaluations menées et ont un accès permanent au traitement de leurs déclarations.

Des actions correctives sont identifiées suite aux évaluations de pratique et sont mises en œuvre (ex: hygiène des mains, hygiène bucco-dentaire).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Des correspondants en hygiène formés sont présents dans les services de médecine, SLD et SSR. Il s'agit d'un binôme soignant et ASH. Des formations ont été dispensées à tous les professionnels concernant la prévention des infections associées aux soins, l'hygiène des mains, l'usage des gants et des produits hydro-alcooliques, l'hygiène de l'environnement, les infections à clostridium difficile, les chambres implantables et l'hygiène alimentaire. Les médecins ont été formés au bon usage des antibiotiques et sur les règles générales de prescription des anti infectieux. Les médecins libéraux sont également informés des nouvelles recommandations et régulièrement sensibilisés au bon usage des antibiotiques par le pharmacien et le président du CLIN.

Les ressources matérielles sont disponibles: produits hydroalcooliques, matériel à prélèvement sécurisé, container à coupants, piquants, tranchants, gestion des déchets, équipements de protection individuelle. Des kits isolement sont prévus dans tous les secteurs mettant à disposition les ressources nécessaires pour la mise en place des différents type d'isolement et lors des épidémies. Les matériels nécessaires à l'entretien des locaux sont présents et entretenus, l'établissement dispose de 2 nettoyeurs vapeur. Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. La documentation est actualisée et accessible aux professionnels. Des protocoles et procédures encadrent les activités des soins, l'entretien des locaux et le bon usage des antibiotiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur SSR investigué connaît l'organisation définie et met en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH. Les indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales corroborent ces constats au niveau de l'établissement. Un dispositif de surveillance et de signalement est en place, particulièrement celle concernant les BMR et les BHRé. La recherche et la présence de BMR sont tracées dans le dossier du patient. Le patient et/ou la famille sont informés. Une attention particulière est portée à l'hygiène alimentaire.

Les circuits sont respectés, en particulier ceux du personnel, du linge et des déchets. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, notamment avec le laboratoire de biologie qui participe à la surveillance des infections associées aux soins, des BMR et des BHRé et la médecine de santé au travail pour ce qui concerne les AES et le suivi des vaccinations.

La traçabilité des actions de bionettoyage des locaux et d'entretien des matériels est réalisée. La surveillance de l'eau est retrouvée dans le carnet sanitaire.

La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est conforme dans tous les secteurs. Des messages d'alerte sont paramétrés dans le logiciel.

Le CLIN est opérationnel, se réunit 3 fois par an, des compte rendus de réunion sont produits.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs. Il recueille et suit annuellement les indicateurs qualité et sécurité des soins. Il participe au programme régional du plan national d'alerte sur les antibiotiques, suit la consommation des antibiotiques et les résistances bactériennes. Il évalue le taux de réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure dans les secteurs de médecine, SSR et SLD. Des EPP sont régulièrement réalisées, elles concernent par exemple la gestion des excréta, la pose de sonde urinaire, la pose de voie veineuse périphérique, les précautions standard et complémentaires, le port des gants, l'antibiothérapie des infections urinaires. Une visite de maîtrise des risques est réalisée régulièrement dans les services par l'infirmière hygiéniste permettant d'évaluer la tenue des professionnels (ex: port de bijoux), le tri du linge, les pratiques de bionettoyage...

Le CLIN réalise tous les ans son bilan annuel permettant d'alimenter le programme de l'année suivante. Ce bilan est présenté en CME, en CSIRMT et en CRU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration prévues au plan d'action sont mises en œuvre, leur efficacité est évaluée et conduit à réajuster la cartographie et à fixer de nouveaux objectifs. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les résultats sont transmis aux professionnels en réunion de service et diffusés par le biais des bulletins d'information en hygiène et gestion des risques dans leurs versions médicale et soignante et par les bulletins mensuels d'information. L'affichage des indicateurs qualité et sécurité des soins est réalisé permettant également la communication en direction des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

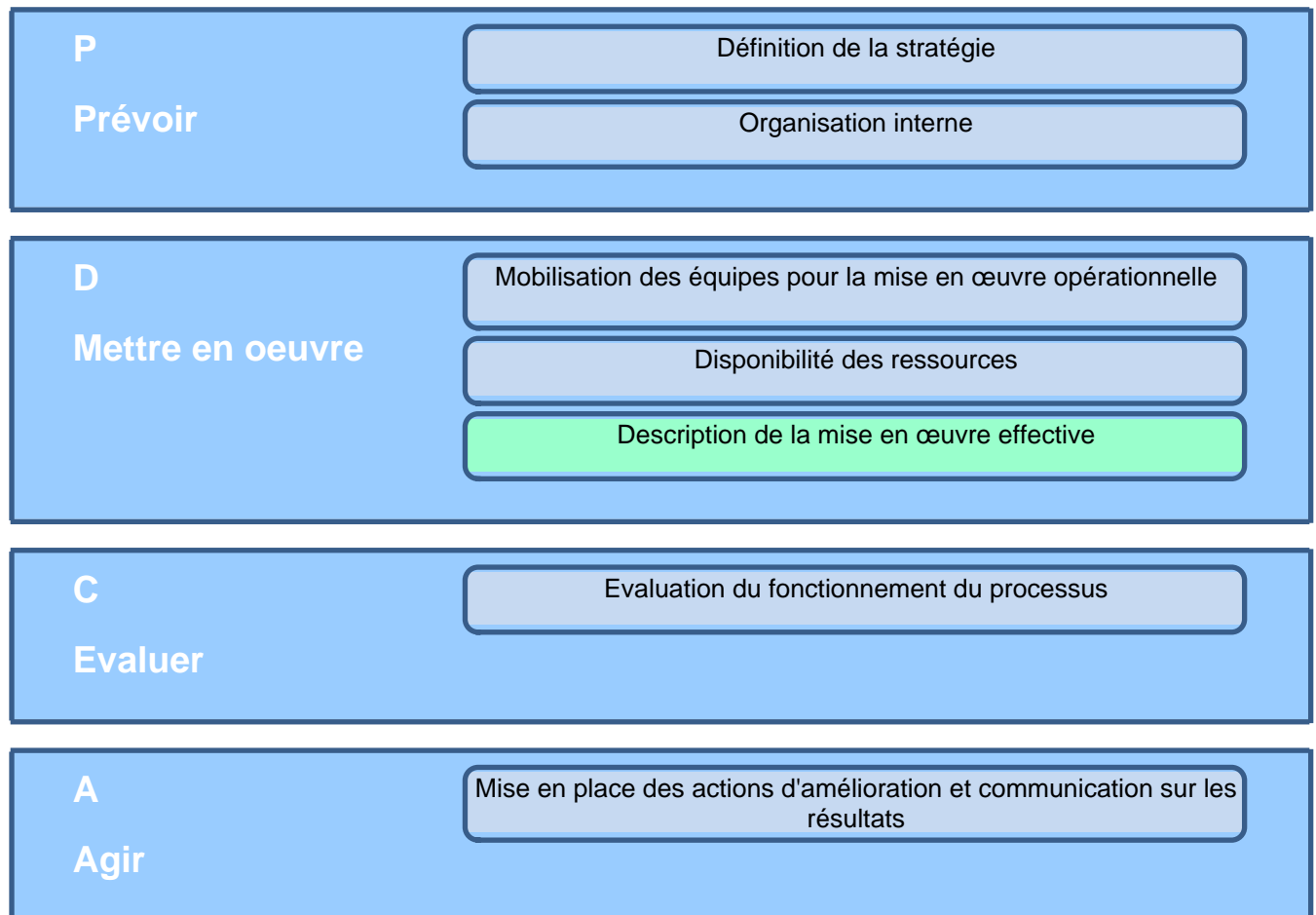
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits du patient dont la promotion de la bientraitance figure dans l'ensemble des documents stratégiques de l'établissement : projet d'établissement, projet médical, projet de soins. Les EHPAD sont associés à la démarche afin d'assurer la cohérence de la prise en charge et du respect des droits des patients dans tout l'établissement. Cette stratégie a été élaborée en association avec la CRU.

La cartographie des risques a été établie dans un premier temps par les pilotes à partir du manuel V2010, de l'analyse des risques (risques a priori et événements indésirables), des indicateurs dont "Hôpital numérique", des questionnaires de satisfaction (distincts pour les patients et l'entourage), de la revue des procédures. Les professionnels ont ensuite validé et enrichi la cartographie. Les risques considérés comme majeurs sont la contention, la confidentialité et l'accord du patient et de son entourage au projet de prise de charge.

La hiérarchisation prend en compte la fréquence, la gravité et la maîtrise. Les objectifs identifiés sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions (PAQSS) formalisé, priorisé et unique. Les conditions de mise en œuvre sont définies en terme de responsabilités, d'échéancier et de modalités de suivi.

Les risques et actions considérés comme prioritaires figurent dans la compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Quatre pilotes (directeur, directeur adjoint, cadre de santé et responsable qualité) sont formellement missionnés et responsables de la thématique.

L'axe central de l'organisation des droits du patient est la bientraitance qui s'articule autour de la charte de bientraitance présentée et commentée à tous les nouveaux professionnels lors de la journée d'intégration.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Le plan de formation prévoit des actions ciblant le respect des droits des patients, en particulier la bientraitance et la fin de vie.

L'établissement dispose d'un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance. Les modalités de signalement des cas de maltraitance font l'objet de procédures mises à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Elles sont expliquées ainsi que les mesures permettant le respect de la confidentialité lors de la journée d'intégration des nouveaux arrivants. Le dispositif de gestion documentaire est informatisé. Les protocoles et procédures sont disponibles à partir de la cartographie de la thématique.

La désignation de la personne de confiance est organisée. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRU par l'intermédiaire du livret d'accueil et du site internet de l'établissement. La CRU est dotée d'un règlement intérieur conforme à la réglementation.

La restructuration des locaux a permis d'augmenter le nombre de chambres individuelles, les projets architecturaux prévus ont pour objectifs d'en augmenter la capacité.

Les interfaces sont organisées entre l'établissement et les représentants des usagers par l'intermédiaire de la CRU, du Conseil de surveillance auquel siègent les usagers et par le biais de manifestations organisées au sein de l'établissement qui intègrent les représentants des usagers.

Ceux-ci ont accès au registre des plaintes et réclamations. Le centre hospitalier participe à une réflexion éthique commune avec le centre hospitalier de Saint-Brieuc et avec les autres établissements du département.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un plan d'action sur la thématique des droits des patients est décliné à partir du plan d'actions institutionnel. Il est applicable aux unités de médecine, de SSR et de SLD. Les pilotes, l'encadrement et la qualicienne très présents sur le terrain ont montré leur implication autour de la thématique des droits du patient. Il concourent à la sensibilisation des professionnels autour de l'objectif "tolérance zéro en cas de maltraitance". Les professionnels connaissent les risques et les actions spécifiques à leur activité et à leur secteur. Ils ont été particulièrement sensibilisés lors du mois à thème sur les droits des patients (octobre 2015), par la réalisation et la participation à l'enquête bientraitance en février 2016 et au groupe de travail sur le projet de vie et le maintien de l'autonomie. Ils sont informés des résultats des évaluations. Par ailleurs, ils déclarent les événements indésirables, participent éventuellement aux CREX mensuelles et sont partie prenante dans l'identification des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs de médecine, SLD et SSR. Un médecin de l'établissement est référent éthique. Les professionnels sont régulièrement formés depuis

2012 aux droits des patients, à la gestion des conflits et à la bienveillance. Ils sont par ailleurs formés à la douleur, à la fin de vie et à la prise en charge en soins palliatifs. L'assistante sociale et les psychologues apportent leur expertise et concourent au respect des droits du patient.

Les documents utiles sont à disposition des professionnels. Les protocoles prévoient la révision à périodicité définie des prescriptions de contention et définissent la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Un engagement relatif à la liberté d'aller et venir est établi.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité lors des soins : les chambres à 2 sont progressivement remplacées par des chambres seules. Les chambres à 2 lits encore existantes sont toutes équipées de rideaux de séparation.

La promotion des libertés individuelles prend en compte la sécurité des patients avec un système d'ouverture des portes d'entrée des services avec deux boutons ne permettant pas aux patients dépendants de sortir sans que les professionnels le sachent.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Depuis l'admission jusqu'à la sortie, les professionnels administratifs, médicaux et soignants ont montré leur attachement au respect des droits du patient. Les modalités de signalement de la maltraitance sont connues des professionnels.

Un accueil personnalisé est en place, le recueil des besoins et l'évaluation médicale sont systématiques à l'admission, premières étapes de l'élaboration du projet personnalisé de soins ou du projet de vie établi avec la participation du patient et/ou de son entourage.

Les modalités d'accueil des accompagnants prévoient par exemple la mise à disposition de studios et de lits, d'une salle à manger des familles avec possibilité de se restaurer. Les proches sont accueillis en permanence, plus particulièrement en situation de fin de vie.

Les médecins rencontrés participent à l'élaboration, à la validation et à la mise en œuvre des procédures comme l'information en cas de dommage lié aux soins. L'information donnée au patient est articulée autour des règles de déontologie et du consensus d'équipe.

La personne de confiance est désignée, les directives anticipées sont recueillies le cas échéant. Le traitement de la douleur, les restrictions de liberté, l'information et la participation du patient et de son entourage sont mis en œuvre conformément aux procédures.

Bien que l'établissement ne pratique pas d'actes à risques le consentement du patient et de sa famille et son adhésion sont recueillis et tracés pour tout acte de prise en charge, notamment pour les transfusions sanguines. Le refus de soins, le cas échéant, est également retrouvé dans le dossier patient.

Les soins paramédicaux prennent en compte le respect de la dignité, de l'intimité du patient. Les règles de confidentialité sont respectées : fermeture à clef des postes de soins, déconnexion automatique des postes informatiques, modification mensuelle des mots de passe des utilisateurs du système d'information, possibilité de réaliser des entretiens individuels dans des locaux réservés.

Les interfaces sont opérationnelles entre tous les professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs et sociaux, psychologiques et de rééducation visant à répondre aux besoins des patients et à privilégier le maintien de leur autonomie.

La CRU se réunit habituellement trois fois par an compte tenu du très faible nombre de plaintes et réclamation. Elle pourrait se réunir davantage en cas de besoin. Ce fonctionnement convient aux représentants des usagers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'utilisation des indicateurs, les audits internes, les questionnaires de satisfaction (distincts pour les patients et l'entourage), le suivi des événements indésirables, plaintes et réclamations, le suivi du PAQSS permettent à l'établissement d'évaluer le fonctionnement du processus dans son ensemble et les améliorations obtenues.

Des audits du dossier patient permettent l'évaluation ciblées des différents aspects du respect des droits du patient comme la traçabilité de la personne de confiance, des directives anticipées ou des prescriptions de contention.

Des EPP sont réalisées ou en cours, elles concernent les pratiques de contention, la confidentialité, le respect de l'intimité et de la dignité du patient. L'établissement a réévalué la traçabilité de l'information au patient sur son projet thérapeutique.

Un bilan annuel du processus est réalisé annuellement, il intègre les données du bilan de la CRU ainsi que celles des rapports d'activité des psychologues et de l'assistante sociale.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration prévues en lien avec les résultats des évaluations sont mises en œuvre. Elles

sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. Le protocole contention a été réactualisé en 2015, les explications et commentaires ont été faits aux professionnels. Le taux de traçabilité de l'information au patient sur son projet thérapeutique est conforme en SSR et en USLD, en progression en médecine.

Un film sur la bientraitance et notamment les situations de communication "ratées" ou "anormales" est en cours de réalisation par les professionnels.

Le bilan annuel du processus permet l'actualisation de la cartographie et du PAQSS.

Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels (bulletins d'informations, forum des soins, affichage) et aux instances dont la CRU. Les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués par voie d'affichage en direction des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

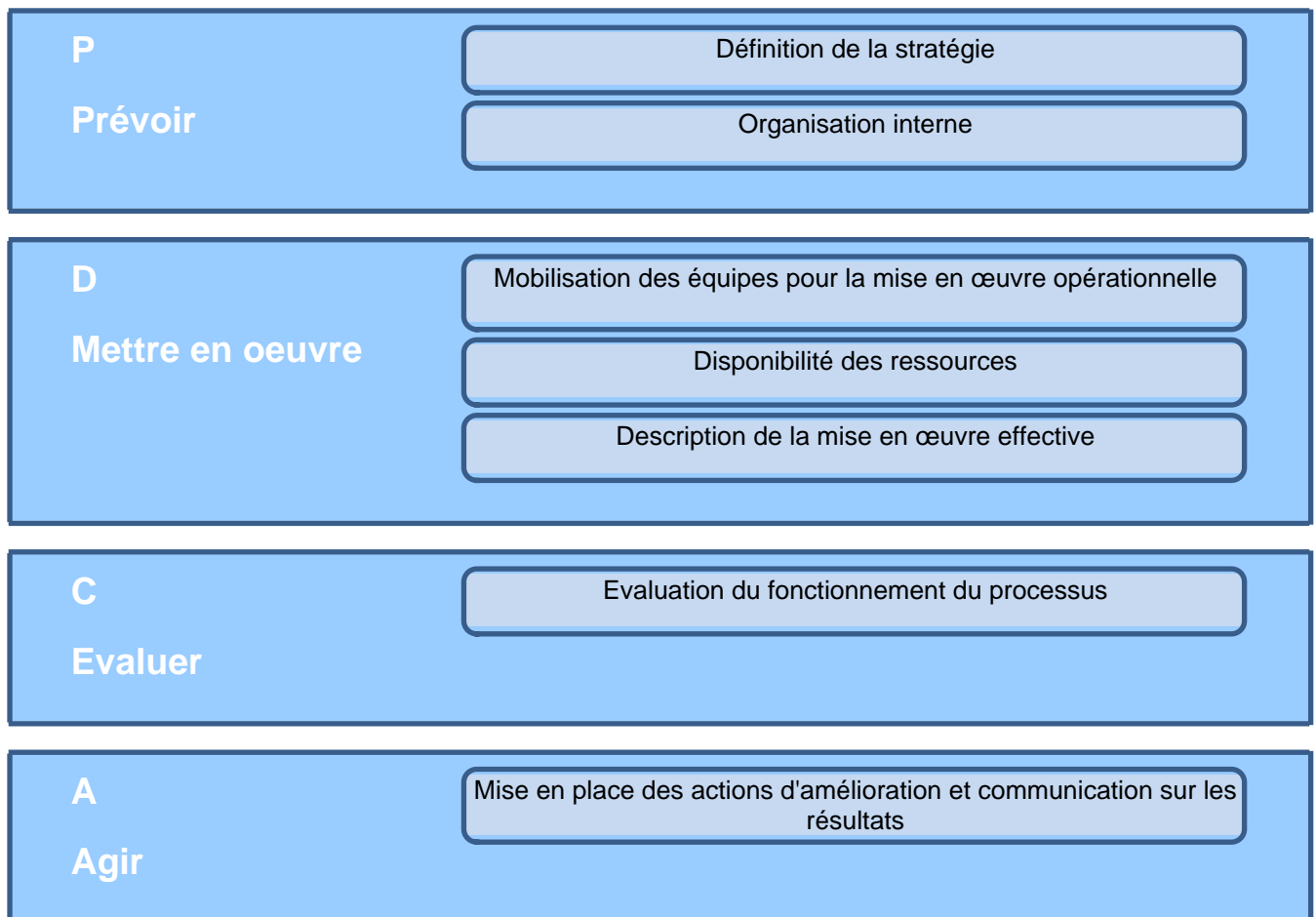
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de prise en charge des patients est formalisée dans le projet d'établissement 2016-2020. Elle prend en compte les besoins de la population et particulièrement des personnes âgées, majoritairement accueillies dans l'établissement, dans une dimension holistique et dans une approche globale territoriale en lien avec les professionnels libéraux et les structures de soutien. Ces orientations stratégiques sont définies en lien avec le CPOM, au regard du PRS et du développement d'une politique de coopération déjà ancrée dans l'établissement. Cette stratégie s'exprime dans le projet médical, le projet de soins et la politique nutritionnelle.

Au regard de ses objectifs et de ses missions, l'établissement a identifié les risques du processus à partir de la réglementation, des déclarations d'évènements indésirables, des résultats des évaluations internes et externes. Il s'appuie en particulier sur le recueil des indicateurs Hôpital Numérique et des indicateurs qualité et sécurité des soins. Ces données intègrent notamment les résultats de l'indicateur dépistage des troubles nutritionnels en SSR. Les risques, identifiés et hiérarchisés par les pilotes selon une méthode définie et structurée, sont soumis aux médecins et aux professionnels de terrain. Les objectifs sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions (PAQSS) formalisé, priorisé et unique. Ses modalités de mise en œuvre en réponse à ces objectifs définissent les responsabilités, les échéanciers et les modalités de suivi. Le programme d'actions décliné sur la thématique et en lien avec les risques prioritaires est intégré au compte qualité. La stratégie et le PAQSS sont validés par les instances concernées: CME, CSIRMT, CRU.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est défini dans chaque secteur de prise en charge. Il est assuré par un binôme médecin-cadre de santé. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le document "missions pilote du processus".

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources humaines et des compétences aux besoins de prise en charge. Il dispose des expertises professionnelles en matière d'éducation thérapeutique, de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur. Le plan de formation intègre la prévention du risque suicidaire, la gestion de l'urgence vitale, la douleur, les soins palliatifs, les troubles nutritionnels.

Les ressources matérielles sont disponibles et organisées permettant la gestion de l'urgence vitale. Les équipements et matériels nécessaires à la prise en charge des personnes âgées et des handicaps associés sont prévus dans les plans d'équipement et font l'objet de plans de maintenance. Les locaux sont adaptés à cette prise en charge ainsi qu'à l'hébergement des personnes à risque suicidaire.

Les ressources documentaires sont informatisées et disponibles à partir de la cartographie du processus dans les secteurs SSR, SLD et médecine. Elles couvrent tous les champs de la thématique et sont actualisées tous les 4 ans.

Les règles de présence et un système de gardes et astreintes sont définies, associant la maison médicale et les professionnels libéraux, permettant ainsi d'assurer la permanence des soins 24h/24.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, entre secteurs d'activité et pour assurer la continuité des soins. Le dossier médical est partagé avec les médecins de ville. Par ailleurs, des conventions sont établies avec le laboratoire, la radiologie, les transports, des spécialistes (psychiatre, dentiste) et associations (JALMAV) permettant l'organisation de la prise en charge globale des patients et leur accès aux soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels spécifiques aux secteurs médecine, SLD et SSR sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels ont été sollicités pour la validation des risques identifiés et hiérarchisés par les pilotes responsables du déploiement des plans d'action par secteur.

Ils sont sensibilisés régulièrement sur les objectifs de leur secteur lors des journées ou des semaines thématiques organisées dans l'établissement. Ils participent par ailleurs aux audits, aux EPP, aux patients traceurs, aux déclarations d'évènements indésirables (EI) et aux CREX. Ils participent à l'analyse de ces EI et sont souvent porteurs des actions d'amélioration validées et initiées.

Ils sont informés des résultats des évaluations par le bulletin mensuel, lors des staffs hebdomadaires et mensuels et lors des réunions de service.

Des actions correctives sont généralement identifiées en cas de dysfonctionnements ou de baisse des résultats des indicateurs. Le résultat non conforme du dépistage des troubles nutritionnels en SSR a fait l'objet d'actions correctives encadrées et contrôlées par la diététicienne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences quantitatives et qualitatives sont adaptées aux besoins des patients. Des professionnels médecins, cadres et soignants sont titulaires de DU soins palliatifs et douleur et sont formés à l'éducation thérapeutique. L'établissement dispose en interne d'une équipe mobile soins palliatifs et d'une équipe douleur intervenant également sur le champ médico-social. Des formations AFGSU sont dispensées tous les ans. Les professionnels ont également été formés à l'évaluation du potentiel suicidaire, aux troubles de l'état nutritionnel et de la déglutition, à l'instant repas, aux plaies et cicatrisation. Des actions de sensibilisation des professionnels ont lieu lors de la semaine sécurité des patients et du forum des soins (ex: dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé).

Les ressources matérielles permettant la prise en charge de l'urgence vitale sont présentes : tous les services disposent d'un chariot d'urgence vitale et d'un défibrillateur qui sont contrôlés tous les mois. Les dispositifs médicaux et les locaux sont adaptés à la prise en charge des personnes âgées et la prévention du risque suicidaire (fenêtres sécurisées par exemple).

Les ressources documentaires sont informatisées, actualisées et connues des professionnels. Une procédure détaillant la conduite à tenir en cas de détresse vitale est affichée dans les services de médecine, en SLD et en SSR. Les professionnels disposent d'une fiche réflexe décrivant la démarche en cas de fugue. La prévention du risque suicidaire est définie dans la procédure "Reconnaître et prendre en charge le risque suicidaire". Des protocoles d'admission et de sortie sont rédigés, accompagnés des check-list correspondantes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient, ce que confirment les observations patient traceur réalisés en médecine, SSR et SLD.

L'établissement accueille uniquement les patients se présentant pour une urgence par transfert du CH de Saint Briec selon le protocole défini avec l'établissement d'accueil.

La prise en charge dans tous les secteurs est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans les 24 heures suivant l'admission par le médecin et par les soignants. En cas de transfert d'un autre service, les antécédents, l'histoire de la maladie et les besoins sont réévalués. Un bilan gériatrique est réalisé pour identifier les situations à risque et définir le projet de prise en charge. En USLD et dans les autres services, selon la situation, les besoins sont repérés à partir d'une évaluation nutritionnelle et d'une toilette évaluative.

Les objectifs de prise en charge définis à l'admission sont formalisés dans le projet personnalisé de soins ou projet de vie en SLD, intégrant la réflexion bénéfice-risque. Ce projet, validé par l'équipe, est ensuite proposé et soumis à l'approbation du patient et/ou de ses proches.

Les objectifs sont réévalués lors des réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires de synthèse qui se tiennent de manière hebdomadaire dans tous les secteurs. En médecine, l'intervention du réseau de soins palliatifs peut être sollicitée en cas de besoin. En SSR, les objectifs du projet thérapeutique sont réévalués avec les équipes de kinésithérapie lors d'un staff hebdomadaire complémentaire et spécifique.

Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé à l'admission des patients ou dans les jours suivants selon leurs possibilités, il est tracé dans les dossiers. Le poids est réévalué toutes les semaines en médecine et en SSR, tous les mois en USLD. Des aides techniques au repas peuvent être proposées par l'ergothérapeute.

La prise en charge des personnes démunies se fait dès l'admission par une demande d'aide sociale et l'intervention de l'assistante sociale.

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place. A l'admission, les soignants évaluent systématiquement les troubles de l'humeur et du comportement. Ils disposent d'une grille permettant de réaliser un inventaire neuropsychiatrique. En cas de besoin, ils peuvent solliciter l'intervention de la psychologue ou d'un psychiatre.

Le déploiement de l'éducation thérapeutique est assuré et concerne particulièrement les maladies chroniques (diabétiques, patients sous AVk), les patients stomisés et porteurs de prothèses totales de hanche en SSR. L'établissement ne dispose pas de programme autorisé mais tient la liste des programmes régionaux autorisés à disposition des professionnels.

La sortie est planifiée et organisée dès l'admission en médecine et en SSR, en lien avec les professionnels libéraux. L'établissement participe à un groupe de travail liant l'hôpital et la ville et a mis en place une carte d'identification des professionnels libéraux intervenant au domicile du patient. Les courriers de sortie sont adressés aux médecins traitants dans un délai inférieur à 8 jours, le plus souvent le patient quitte l'établissement avec une synthèse de son séjour.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier patient partagé avec les médecins de ville. L'entrée et la sortie du patient est tracée selon les check lists, dont la check list de sortie HAS.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles au sein des différents services, avec les services médico-techniques, techniques, logistiques, administratifs et avec les professionnels libéraux.

Les instances sont opérationnelles, le CLAN se réunit 2 fois par an, la CSIRMT tous les mois.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment sur la base d'indicateurs est en place. L'établissement recueille les indicateurs qualité et sécurité des soins en médecine et en SSR, il a étendu ce recueil au secteur SLD. Il suit un tableau de bord d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs par secteur d'activité. Il réalise par ailleurs des EPP (qualité du projet thérapeutique en SSR, pertinence des admissions en médecine, etc.) et a organisé des évaluations par patient traceur dans les différents secteurs.

Un bilan annuel d'activité du processus est présenté aux instances.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations. L'amélioration du dépistage des troubles nutritionnels et de sa traçabilité en SSR a été objectivée par un audit en mars 2016. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Leur évaluation conduit à fixer de nouveaux objectifs pour l'année suivante et à réajuster les niveaux de risque.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne lors des staffs pluridisciplinaires, des réunions de service, des journées de sensibilisation et par la diffusion des bulletins thématiques. Elle se fait également par voie d'affichage des indicateurs en direction des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

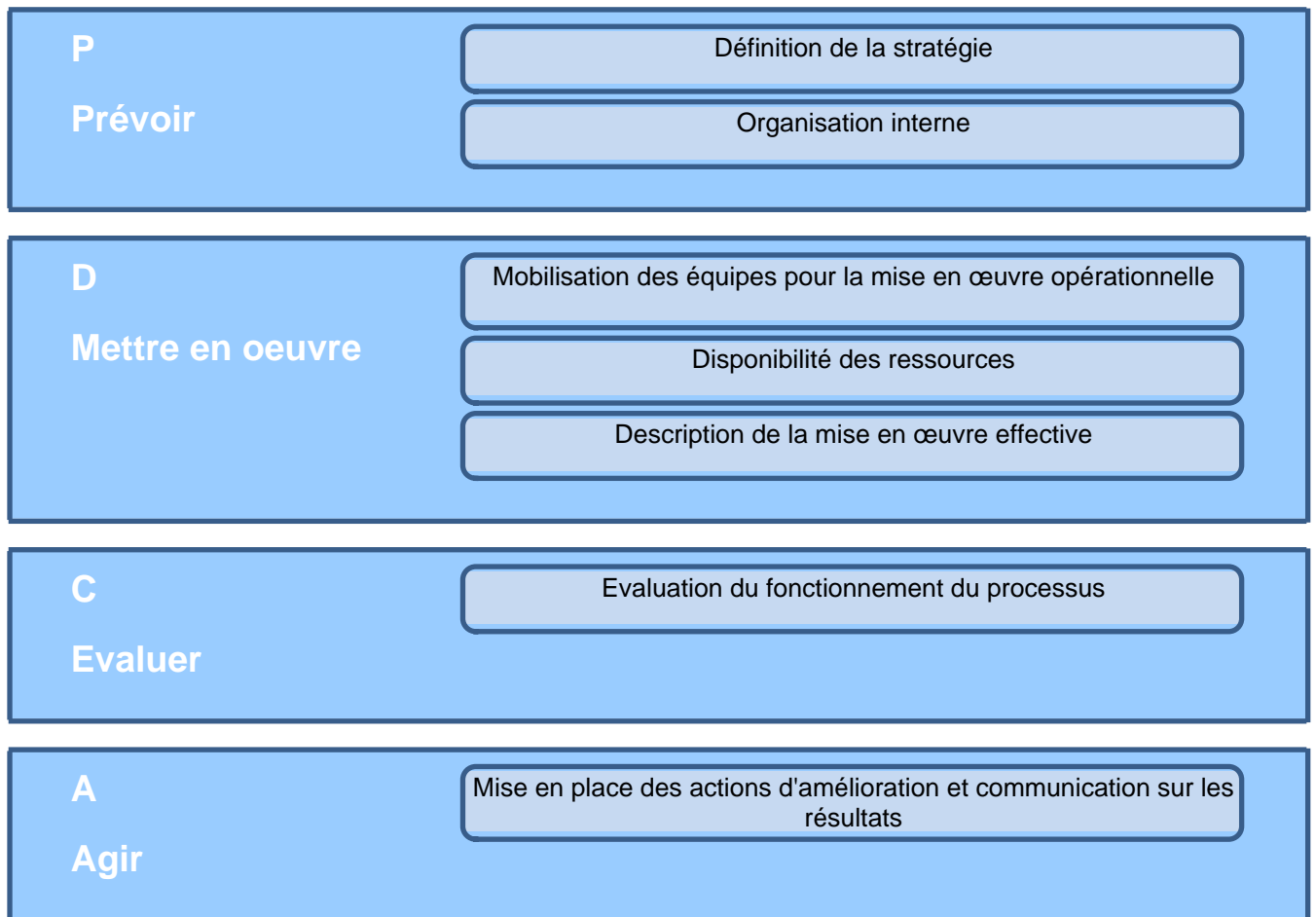
DOSSIER PATIENT

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'informatisation du dossier patient a débuté en 2009 avec le circuit du médicament. Elle s'est poursuivie en 2011 avec le reste du dossier, d'abord dans un secteur test puis dans le reste de l'établissement dont l'EHPAD ce qui présente l'avantage voulu d'un dossier unique lorsque le patient passe d'un secteur à l'autre. Le dossier est donc informatisé sur 100% des lits de médecine, SSR et SLD.

Il existe une politique dossier patient et un schéma directeur informatique validés par l'ensemble des instances. La cartographie des risques a été établie dans un premier temps par les pilotes puis revue avec les utilisateurs. Les risques considérés comme prioritaires sont la confidentialité, la complétude des dossiers, le respect des procédures. Des dispositifs de maîtrise des risques sont en place. La criticité résiduelle (fréquence, gravité, maîtrise) est prise en compte.

Les objectifs identifiés sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions (PAQSS) formalisé, priorisé et unique. Ses modalités de mise en œuvre sont définies. Pour chaque action on retrouve pilote, indicateurs de résultats, échéance et objectif.

Ce programme a été présenté aux instances dont la CME et la CSMIRT.

L'établissement a renseigné le compte qualité avec les risques majeurs et les actions prioritaires extraites du PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont désignés : directrice-adjointe, infirmière référente dossier patient, informaticien. Ils sont dûment missionnés et connus des professionnels.

Un ensemble de procédures permet de sécuriser le dossier : profil utilisateurs, création des droits d'accès avec une durée limitée, identitovigilance, "logiciovigilance", création d'identité. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées, elles définissent les responsabilités, la tenue, la confidentialité, l'utilisation, l'archivage et la destruction du dossier. Des guides d'utilisation du logiciel à destination des médecins et des paramédicaux sont disponibles sous forme papier et électronique. Une charte informatique est remise aux nouveaux salariés.

Un accès sécurisé est prévu pour les professionnels de ville. Les médecins de l'hôpital ont accès à distance au dossier via une passerelle sécurisée. Un logiciel administratif pivot permet de créer les identités et d'incrémenter le logiciel patient.

Le système est sécurisé (sauvegarde automatique et plan de reprise d'activité). L'utilisation de la carte CPS pour l'identification des professionnels est à l'étude.

Les mots de passe sont impérativement changés tous les mois. Les étudiants disposent d'accès personnels. Le plan de formation prévoit leur formation régulière ainsi que la formation du référent aux évolutions logicielles.

La direction a voulu que les moyens matériels soient à la hauteur du projet (qualité et quantité de matériel informatique et des accès au réseau).

Bien que la création des identités revienne aux admissions, une procédure dégradée permet la création d'un dossier par les soignants en cas de fermeture du service. Le médecin DIM, partagé entre plusieurs établissements participe à la gestion des identités.

La sécurité des données (accès et archivage) ainsi que du matériel (accès physique et informatique aux deux salles serveurs sécurisées, sauvegarde des données faite quotidiennement et conservée dix semaines), existence d'un plan de reprise d'activité en cas de panne sont organisés et formalisés.

La procédure d'accès du patient à son dossier est en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un plan d'action relatif à la thématique est formalisé, il est général aux 3 secteurs car l'établissement se situe dans une démarche globale tout, en intégrant les spécificités des différentes prises en charge.

Les professionnels sont sensibilisés régulièrement aux objectifs fixés par l'encadrement, les pilotes du processus et les référents service. En plus du recueil des indicateurs obligatoires en médecine et en SSR, l'établissement évalue la tenue du dossier patient en SLD. Les professionnels sont informés des résultats. Ils participent par ailleurs aux déclarations d'événements indésirables liés à cette thématique et proposent les améliorations qu'ils jugent utiles, notamment sur l'ergonomie du produit.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement possède un guide d'utilisation du dossier patient basé sur la réglementation et orienté dans le sens du parcours patient de la création du dossier jusqu'à sa destruction. Des guides d'utilisation

destinés à l'utilisation du dossier informatique sont à disposition des professionnels. Le premier à destination des médecins, le second à destination des soignants. Le personnel administratif dispose aussi de protocoles. Tous ces guides sont à disposition dans la gestion documentaire. Ils sont actualisés par la responsable qualité. L'éditeur du logiciel et le service informatique ont assuré la formation des professionnels dans un premier temps. Ils ont ensuite été relayés par une référente infirmière elle-même relayée par des référentes des services. Ce dispositif permet de mettre en place la formation immédiate des nouveaux professionnels. Les moyens matériels sont suffisants en termes de chariots et d'ordinateurs. Les professionnels rencontrés se disent satisfaits du matériel informatique (ordinateurs et qualité des connexions) et du logiciel. Les dossiers papier sont archivés dans un local dédié, conforme et comportant un accès limité et sécurisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est utilisé par tous les professionnels conformément aux procédures définies. La traçabilité dans le dossier patient des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient (évaluation initiale, observations médicales, prescriptions et administration des médicaments, transmissions des soignants, comptes rendus des différents intervenants, ...) est réalisée, comme le confirment les observations réalisées lors des patients traceurs médecine, SSR et SLD et les résultats des indicateurs IPAQSS.

Le dossier permet la communication et la coordination entre les professionnels et un accès en temps quasi réel à l'ensemble des informations utiles, y compris la plupart des données extérieures comme les résultats des examens complémentaires (seules les images ne sont pas insérées directement dans le dossier). Le délai d'envoi des courriers de sortie est inférieur à 8 jours.

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier par l'intermédiaire du livret d'accueil. Les délais légaux de transmission du dossier sont respectés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ensemble du processus est évalué par la direction dont les pilotes sur la base de l'ensemble des indicateurs (indicateurs internes, événements indésirables, IQSS et Hôpital Numérique). La totalité du dossier est évaluée au moins une fois par an dans les 3 secteurs. Les évaluations du dossier permettent celles de thématiques connexes comme les droits du patient (personne de confiance, traçabilité de la démarche bénéfice / risque ou le parcours du patient (délai de remplissage de l'observation médicale initiale, traçabilité des soins). Elles visent aussi à assurer la complétude du dossier.

Le plan de reprise d'activité et la sauvegarde de données du dossier patient électronique ont également été évalués. La CRU est informée du nombre de demandes d'accès au dossier et du délai de leur transmission.

A / AGIR

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

L'établissement utilise les résultats des indicateurs dont les IPAQSS, indicateurs Hôpital Numérique et indicateurs internes pour améliorer la qualité du dossier patient. Les améliorations actuelles portent principalement sur l'ergonomie du logiciel.

Parmi les améliorations en cours et prévues prochainement, il est possible de citer l'utilisation de cartes CPS destinées à remplacer les mots de passe et un accès direct par les professionnels de santé extérieurs à l'établissement et habilités. Les améliorations à venir sont intégrées dans le PAQSS.

L'évaluation de l'efficacité des actions menées permet le réajustement du PAQSS au moins une fois par an.

Les résultats des améliorations sont communiqués aux professionnels (réunions d'équipe, affichage, journal interne, thème du mois) et aux usagers (affichage réglementaire et CRU).

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

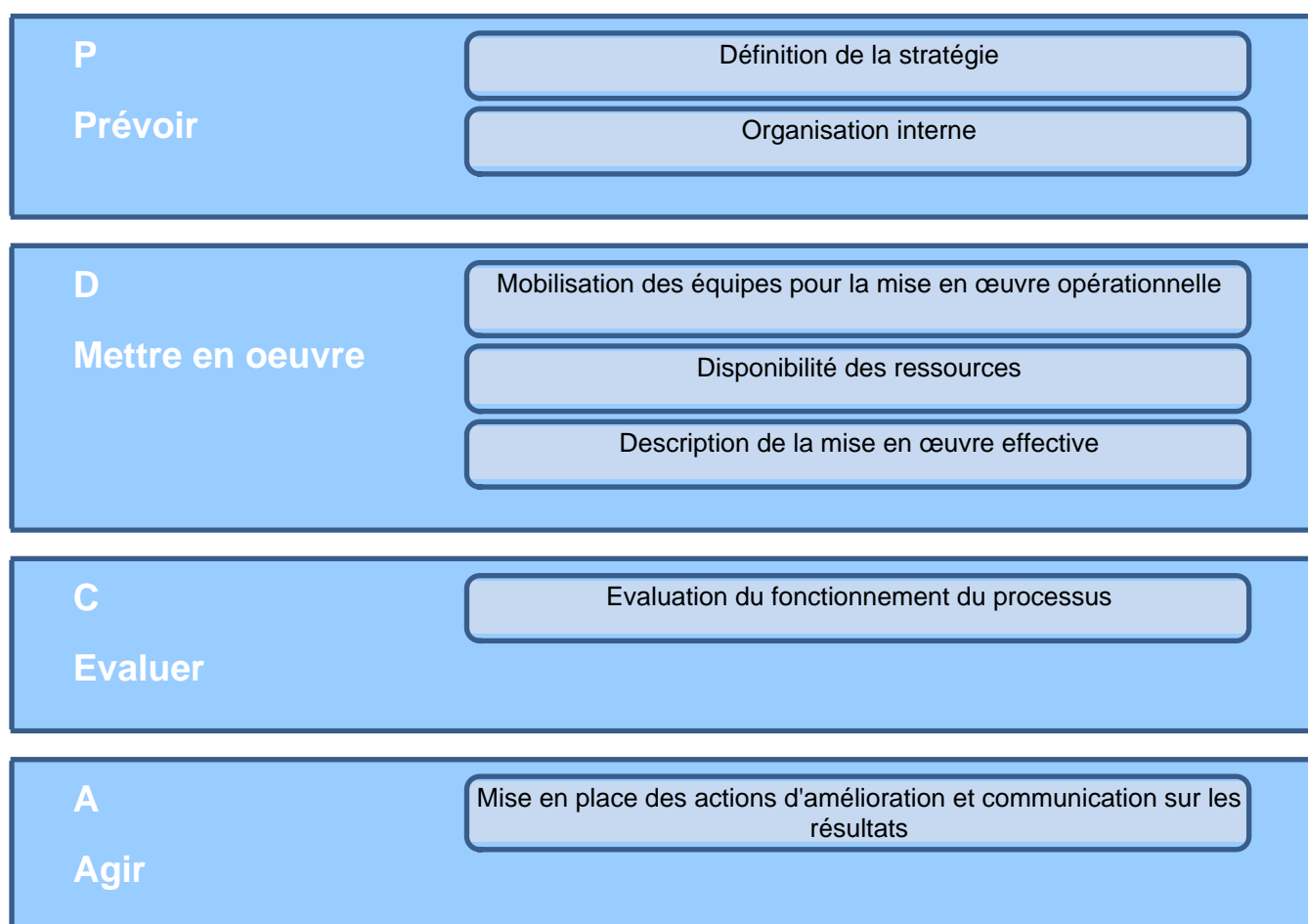
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2016-2020 du CH de Lamballe, validée par la CME, définit les objectifs visant en outre à garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse, à lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé, à gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse, à former et à informer les professionnels. Cette politique est établie en déclinaison du projet d'établissement et en lien avec l'identification des besoins et des risques au regard des missions de l'établissement axées sur la prise en charge de la personne âgée. Elle prend en compte les orientations nationales et régionales. L'établissement n'a pas signé de contrat de bon usage du médicament avec l'ARS. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est totalement déployée en médecine, en SSR et en SLD depuis 2011.

L'identification des risques est réalisée à partir de l'analyse des données, de la réglementation et des événements indésirables. Elle est formalisée et hiérarchisée dans la cartographie des risques du processus à toutes les étapes du circuit, élaborée en concertation avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie. La priorisation des risques est formalisée dans le compte qualité.

Les objectifs définis sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions formalisé, priorisé et unique validé en CME. Les dispositions de mise en œuvre sont établies par la définition des responsabilités, des échéanciers et des modalités de suivi. Le plan d'action en lien avec les risques prioritaires présenté dans le compte qualité est intégré au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien et la directrice des soins. Les missions de pilotage ont été formalisées en janvier 2016. Le pharmacien est également président de CME, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et référent en antibiothérapie. La directrice des soins est coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Leurs rôles et missions sont formalisés dans les fiches de poste respectives.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins, permettant l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Des actions régulières de formation à la gestion des risques et aux risques d'erreurs médicamenteuses sont inscrites au plan de formation. Des actions sont menées en interne par le pharmacien en vue de sensibiliser les professionnels à l'iatrogénie médicamenteuse. Les nouveaux arrivants bénéficient deux fois par an d'un temps de découverte institutionnelle permettant de les sensibiliser au risque d'erreur médicamenteuse, à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables.

Les ressources matérielles nécessaires à la bonne gestion des médicaments sont présentes au niveau de la PUI et des services de soins. : dispositifs de stockage, de rangement, de dispensation, outils informatiques en nombre dans tous les secteurs, serveur de sauvegarde. La PUI dispose d'un logiciel de gestion de stock interfacé avec le logiciel de prescription et le dossier patient informatisé. Un contrat de maintenance et un plan de reprise d'activité permettent d'assurer la sécurité informatique.

Un dispositif structuré de gestion documentaire informatisé et accessible à tous les professionnels intègre les procédures définies et formalisées. La procédure "Prise en charge médicamenteuse du patient" définit l'organisation en cas de fermeture de la pharmacie: chaque service dispose d'un stock d'urgence ou à défaut organise un dépannage inter-service ou en externe avec le CH de Saint Briec.

Les circuits sont organisés entre les secteurs de soins et la pharmacie pour ce qui concerne la livraison des médicaments, la gestion des stupéfiants et le retour des produits périmés. Le pharmacien a accès aux données cliniques et biologiques du patient lui permettant de valider les prescriptions. L'interface est assurée avec les médecins traitants disposant du même logiciel de prescription sécurisé que le CH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action institutionnels sont suivis directement par le pharmacien, très présent dans les unités de soin, en lien avec la direction des soins, l'encadrement et les professionnels. Ceux-ci ont connaissance des risques prioritaires et participent à l'analyse des événements indésirables faite en CREX mensuelle.

Les pilotes et l'encadrement s'assurent par ailleurs de la conformité des pratiques par la réalisation d'audits, d'EPP, le suivi des indicateurs nationaux et d'indicateurs internes. Ils informent régulièrement les professionnels de leurs résultats lors des réunions de service, des temps de transmission, et par l'intermédiaire du bulletin mensuel thématique. Les professionnels déclarent les événements indésirables par voie informatique et peuvent à tout moment prendre connaissance du suivi donné à leur déclaration.

Des actions correctives sont identifiées suite aux différentes évaluations en impliquant les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs en termes d'effectifs, de formation et de sensibilisation. Les pilotes du processus, l'encadrement et le médecin du secteur USLD ont été formés en 2011 à la gestion des risques et en 2012 à la mise en place des CREX dans le cadre de la démarche régionale initiée par l'ARS. Chaque année, les pilotes participent à la journée régionale de l'OMEDIT. Les professionnels ont été formés par un organisme externe à la prise en charge médicamenteuse en 2011 et en 2014. Le pharmacien réalise par ailleurs des actions régulières de sensibilisation au risque d'erreur médicamenteuse. La formation des médecins est assurée en externe concernant le bon usage des antibiotiques et en interne par le pharmacien. Elle porte en particulier sur les bonnes pratiques de prescription, notamment chez le sujet âgé. Les journées soins qualité risque et la semaine sécurité comportent des temps de sensibilisation des professionnels à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Les locaux de la PUI sont conformes et sécurisés. Tous les secteurs de soins sont pourvus du matériel nécessaire au stockage et à la distribution médicamenteuse: armoire à pharmacie, chariot de distribution équipé d'un ordinateur portable, piluliers uniformisés dans les 3 secteurs et identifiés au nom du patient, chariot d'urgence, réfrigérateur à médicaments, coffres à stupéfiants. Les outils informatiques sont quantitativement en nombre et adaptés aux besoins des utilisateurs. La PUI dispose d'un logiciel de gestion de stock interfacé avec le logiciel de prescription - administration.

La documentation utile à l'activité est informatisée et disponible à partir de la cartographie du processus, elle est accessible et connue des professionnels. Le protocole "Prise en charge médicamenteuse du patient" décrit les bonnes pratiques attendues concernant en particulier la gestion du traitement personnel, la conciliation d'entrée, la prescription médicale, l'analyse pharmaceutique, la dispensation, la préparation des médicaments dans les unités de soin et l'administration. Le livret thérapeutique est informatisé. Une liste de médicaments à risque est établie et affichée dans les 3 secteurs de soins. Des protocoles médicamenteux spécifiques sont disponibles (ex : insuline, AVK).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures définies pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse.

La totalité du traitement personnel du patient est saisi par le médecin dans le dossier patient lors de l'évaluation médicale initiale. Ce traitement fait l'objet d'une conciliation avant d'être validé définitivement. L'autonomie à la prise médicamenteuse et les troubles de la déglutition sont précisés par le médecin dans le logiciel de prescription.

La prescription est conforme aux attendus réglementaires, tels que l'attestent les résultats de l'indicateur qualité et sécurité des soins "Tenue du dossier patient" en médecine et en SSR et l'audit interne en SLD ainsi que les observations patient traceur réalisés dans les 3 secteurs.

La dispensation est nominative sur la totalité des lits de médecine, SSR et SLD. Elle comporte l'analyse et la validation pharmaceutique de la prescription. La validation est quotidienne en médecine et en SSR, elle est hebdomadaire en SLD. La préparation des piluliers est réalisée en pharmacie par le préparateur pour 48h pour la médecine et le secteur SSR. Elle est réalisée dans les mêmes conditions dans le secteur SLD pour la semaine. Cette préparation se fait à partir du plan d'administration, elle est soumise à un double contrôle tracé par le pharmacien. Les erreurs de préparation sont repérées et suivies.

L'administration médicamenteuse est réalisée par le personnel infirmier et est tracée en temps réel sur le plan de soins. La non administration est documentée et signalée au médecin. Les médicaments sont identifiés jusqu'au moment de la prise.

L'information du patient est assurée par le médecin lors de la prescription et par l'infirmière lors de l'administration. Des supports d'éducation sont remis concernant par exemple les AVK.

Les médicaments constituant la réserve d'urgence sont stockés dans une armoire dans les services selon une dotation définie. Les stupéfiants sont conservés dans un coffre sécurisé. Les médicaments à risque (électrolytes) sont identifiés par une étiquette rouge spécifique. Les médicaments thermosensibles sont transportés dans un contenant isotherme.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Elle porte sur le contrôle mensuel des péremptions de l'armoire et du chariot d'urgence, sur le bionettoyage des lieux de stockage dans les services et en PUI. Les contrôles de température des réfrigérateurs sont relevés et tracés tous les jours.

Le COMEDIMS se réunit à fréquence régulière à l'issue des réunions de CME, soit 3 fois par an. Un compte rendu de réunion est produit.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus sur la base des indicateurs qualité et sécurité des soins en médecine et en SSR. Il suit les mêmes indicateurs en SLD. Il a par ailleurs participé à l'expérimentation MCO de la tenue du dossier patient TDP2.

Un audit complet du circuit du médicament a été réalisé en 2011 et en 2014. Des EPP sont en cours sur l'analyse des pratiques d'administration médicamenteuse en médecine, en SSR et en SLD, sur la

sécurisation du circuit de l'insuline, le bon usage des AVK, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Une analyse de scénario a été initiée sur le circuit des stupéfiants. Des visites d'armoires à pharmacie sont réalisées régulièrement dans les services de soins des 3 secteurs.

Les résultats de ces évaluations ainsi que celles concernant l'activité (par ex : nombre de prescriptions analysées et validées, nombre d'avis pharmaceutiques émis, taux d'erreur des piluliers préparés) et les consommations de la PUI viennent alimenter un tableau de bord des indicateurs.

Un bilan annuel du programme qualité et sécurité des soins portant sur la prise en charge médicamenteuse est réalisé tous les ans et est présenté en CME et en COMEDIMS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées suite à l'analyse des risques sont mises en œuvre. Elles ont permis d'améliorer la gestion des insulines, le stockage des stupéfiants, la traçabilité des contrôles de température des médicaments conservés au réfrigérateur, le bon usage des AVK, l'administration des médicaments injectables en seringue électrique.

Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'évaluation annuelle du PAQSS permet la réévaluation de la cartographie des risques et conduit l'établissement à fixer de nouveaux objectifs.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne par l'intermédiaire du bulletin thématique d'information, lors des réunions de services, des réunions pluri professionnelles et par voie d'affichage en direction des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV