



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE LA  
CHATRE**

40 rue des oiseaux  
36400 La Chatre  
JUILLET 2016

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	43
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	49
<b>ANNEXE</b>	54

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	
Adresse	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre
Département / région	INDRE / CENTRE
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	360000061	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre
Etablissement de santé	360000145	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	37	3
Santé mentale	Psychiatrie générale	40	10
SSR	SSR	35	/

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

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 :

- de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Reserves

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Droits des patients  
Parcours du patient  
Dossier patient  
Gestion du système d'information

## 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

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur l'ensemble de ses réserves dans un délai de 6 mois.

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans les 2 mois précédant la visite, indiquant les actions correctives conduites sur la ou les réserve(s) et sur la ou les obligation(s) d'amélioration définie(s) dans le rapport. Au terme de l'analyse de ce compte qualité, la HAS établit le programme de la visite de suivi.

# 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
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	polypathologie, soins palliatifs	transfert CH Châteauroux	Complexe	MCO
2	Adulte	Soins de suite et réadaptation	suite prothèse de hanche	Programmé	Simple	SSR
3	Adulte	Santé Mentale	pathologie chronique, hospitalisée depuis 1 an	Programmé	simple mais problèmes somatiques intercurrents	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

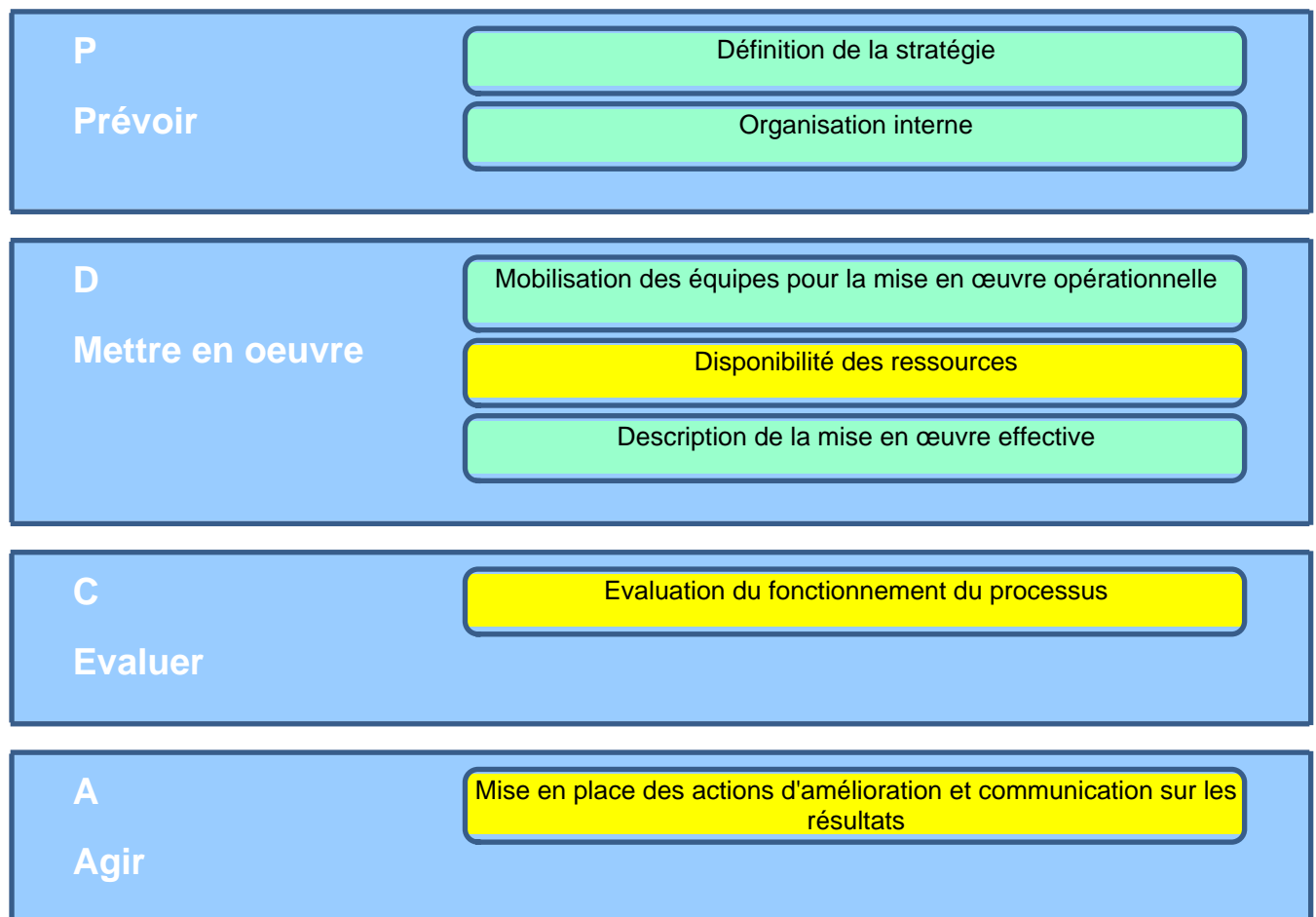
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

L'établissement a élaboré et formalisé une politique qualité 2015-2019, elle définit les objectifs stratégiques et engagement de la direction et du président de la CME, et reprend les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement par les données issues des analyses des risques, par les contrôles externes et/ou par le CPOM, la prise en compte des fiches d'évènements indésirables et les précédentes itérations de la certification de l'établissement.

La politique qualité se décline en dix grands axes, qui comprennent notamment l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques répondant aux exigences réglementaires, la promotion des évaluations des pratiques professionnelles, la relation avec les usagers, le suivi des mesures d'hygiène et la prévention des infections nosocomiales, le développement de la culture de la bientraitance, le suivi du contrat de bon usage du médicament, le respect des droits du patient,

Elle est mise en œuvre au travers d'un Programme d'amélioration qualité (PAQ Sanitaire 2015-2019) suivi par le comité de pilotage qualité.

Un plan global de gestion des risques vient d'être finalisé, mais n'a été ni présenté, ni validé par les instances, sa mise en œuvre est programmée dès janvier 2016.

La cartographie des risques figure au sein du manuel qualité avec une qualification et une hiérarchisation définie.

Les programmes d'amélioration des domaines de vigilance sont retrouvés au sein du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec pilote identifié et échéancier défini.

Les indicateurs sont définis dès la mise en œuvre du plan d'action concerné. Les actions d'améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des évènements indésirables sont suivies au sein du logiciel de l'établissement. Ce programme, porté par la cellule qualité gestion des risques (responsable qualité, assistante qualité), est présenté annuellement à la commission médicale d'établissement.

Un temps dédié à la qualité est prévu pour le directeur de l'établissement, le président de CME, la directrice de soins et un cadre supérieur de santé.

L'alimentation du compte qualité est issue de la cartographie des risques réalisée par un groupe de travail par filière de prise en charge incluant des professionnels de terrain, la hiérarchisation a été finalisée par la cellule qualité.

Le Comité de pilotage veille à la définition, la mise en œuvre, la coordination et le suivi du projet qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier de La Châtre.

Les représentants des usagers n'ont pas été associés à la définition de la politique qualité -gestion des risques de l'établissement. L'établissement n'a pas sollicité la participation des représentants des usagers pour l'élaboration du compte qualité, ni pour le programme d'amélioration qualité, gestion des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

Un comité de pilotage est identifié au sein de la structure et comprend le directeur général, le président de CME, les membres de la Cellule qualité, la Direction des services de Soins et la cadre supérieure de santé, la responsable des services administratifs, la responsables des services économiques, le responsable du service ressources humaines et les différents vigilants. Les missions des pilotes et notamment des personnes de la cellule qualité sont décrites au sein du document manuel qualité (MAQ Version C – juin 2015) à disposition des professionnels au sein de la Gestion documentaire, les responsables sont formés soit par leur formation initiale et/ou par des formations spécifiques identifiées selon les besoins de l'établissement. Le dispositif de gestion documentaire est intégré au Système d'information de l'établissement et concerne les différentes composantes concernées en matière de qualité, gestion des risques et vigilances sanitaires. Les procédures et protocoles y sont recensés. Ils sont à disposition des professionnels H24.

Les responsables qualité siègent dans toutes les commissions afin d'assurer un recensement et une cohérence dans les actions mises en œuvre au sein de l'établissement. La déclinaison des projets qualité au sein des unités est du rôle et de la mission du cadre de santé.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Chaque responsable de service est considéré comme un référent qualité dans son secteur. Le déploiement de la démarche s'organise au travers de son implication en incitant la participation des équipes, la mise en œuvre des actions d'amélioration est organisée, des groupes de travail ont permis la réalisation des axes d'amélioration du compte qualité, déclinée en fonction des secteurs concernés.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a organisé le déploiement des CREX dans le thème notamment de la prise en charge médicamenteuse.

Les réunions de service sont l'occasion pour les cadres de santé, d'informer les équipes de l'évolution des démarches au sein du service, et de l'évolution des démarches de l'établissement.

La gestion documentaire informatique assure la mise à disposition des procédures et documents établissement aux professionnels sur leur lieux d'exercice. Toutefois, bien qu'organisée par la cellule qualité, la révision régulière des procédures n'est pas tracée et ne permet pas d'assurer la mise à disposition des versions opérationnelles et actualisées.

Des formations à l'utilisation de l'outil ont été dispensées lors de sa mise en œuvre.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La démarche d'évaluation des risques à priori, associés aux soins, est effective, ceux-ci sont répertoriés, analysés et hiérarchisés et intègrent pour certains les démarches institutionnelles.

Le dispositif des gestions des événements indésirables et événements indésirables graves est opérationnel et connu des professionnels. Les déclarations, intégralement informatisées, sont analysées par la commission des événements indésirables mais peu avec implication des professionnels concernés, les événements indésirables graves sont éventuellement l'objet d'un passage en CREX.

Les actions d'amélioration nécessaires sont mises en œuvre et le suivi est disponible sur l'intranet pour tous les professionnels.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé, géré au sein de l'établissement. Chaque signalement fait l'objet d'une réponse après enquête et étude de la réclamation. Dans le cas de mise en cause de professionnels, ceux-ci sont contactés afin de participer à l'analyse de la situation et de fournir les éléments de réponse à la personne. Les actions d'amélioration nécessaires sont mises en œuvre et suivies selon le même dispositif. Des médiations médicales et non médicales sont possibles au sein de l'établissement. Chaque déclaration fait l'objet d'un suivi au sein de la CRUQ.

Les bilans d'activité de chaque domaine de vigilance sont présentés au comité de pilotage à échéance annuelle.

Chaque réunion de comité de pilotage, de CRUQ ou de comité de vigilance fait l'objet de compte-rendu, tracé dans le logiciel établissement et disponible sur Intranet.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre une évaluation pour répondre aux impératifs réglementaires.

Les commissions et/ou comité de vigilance élaborent, chacun en ce qui le concerne, le bilan annuel d'activité du domaine concerné.

Les résultats des questionnaires de satisfaction des patients sont communiqués à la CRUQPC.

Les indicateurs définis lors de l'élaboration d'un plan d'action qualité ne font pas l'objet d'un suivi et d'une traçabilité au sein du tableau de synthèse établissement.

Il n'a pas été défini d'indicateurs de pratique clinique, ni de mise en œuvre de démarches EPP ou RMM.

## A / AGIR

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

Le suivi des actions et résultats d'amélioration des programmes d'améliorations de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par la Cellule qualité et fait l'objet d'une revue annuelle, en fonction des résultats obtenus. Il est envisagé l'arrêt ou la reconduction des actions menées.

L'affichage réglementaire des résultats IQSS est assuré dans les circulations de l'établissement.

La CRUQ est régulièrement informée du suivi des plaintes et réclamations, mais n'est pas réellement associée au traitement de celles-ci.

La communication sur les résultats des démarches propres au service mais également des résultats établissement n'est pas formalisée, les professionnels interrogés n'étaient que peu renseignés sur les niveaux de qualité atteints par l'établissement.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Les représentants des usagers n'ont pas été associés à la définition de la politique qualité -gestion des risques de l'établissement.  L'établissement n'a pas sollicité la participation des représentants des usagers pour l'élaboration du compte qualité, ni pour le programme d'amélioration qualité, gestion des risques.	2b
D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas actualisée. Toutefois, bien qu'organisée par la cellule qualité, la révision régulière des procédures n'est pas tracée et ne permet pas d'assurer la mise à disposition des versions opérationnelles et actualisées.	5c
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas défini d'indicateurs de pratique clinique.  Il n'a pas été défini d'indicateurs de pratique clinique, ni de mise en oeuvre de démarches EPP ou RMM.	28a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication sur les résultats des démarches propres au service mais également des résultats établissement n'est pas formalisée. Les professionnels interrogés n'étaient que peu renseignés sur les niveaux de qualité atteints par l'établissement.	1e

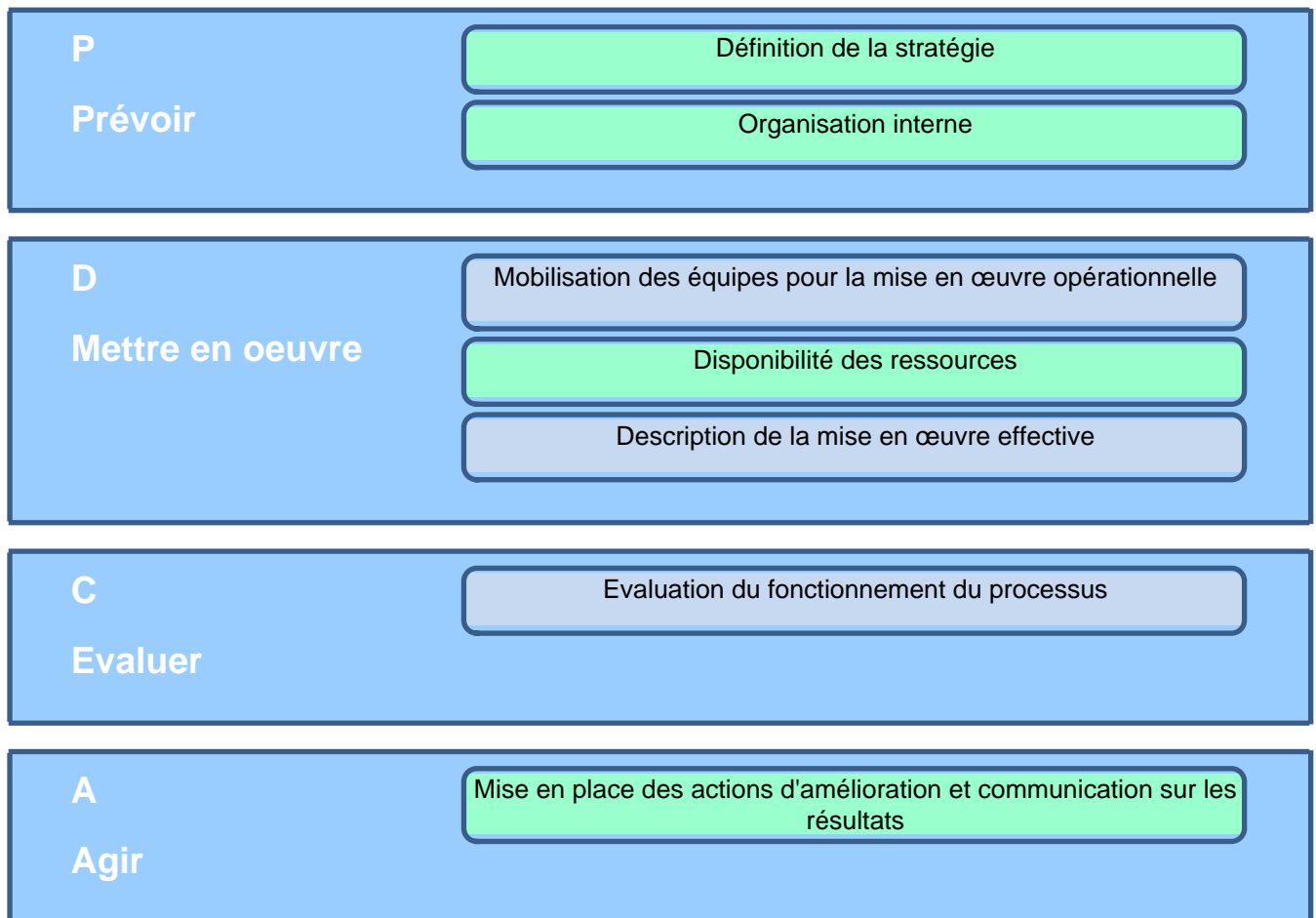
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

IL existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie et les objectifs de l'établissement reposent sur l'utilisation des compétences internes et externes dans le cadre d'un CLIN partagé avec le centre hospitalier de Châteauroux. Cette nouvelle stratégie a évolué au départ à la retraite du praticien hygiéniste de l'établissement. Au regard du programme de communauté hospitalière de territoire en cours de développement, une mutualisation des 2 instances de prévention du risque infectieux s'est opérée récemment. Cette stratégie est validée par les instances concernées, et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé (programme annuel du CLIN). Ce partenariat est formalisé par une convention rédigée et en cours de validation.

L'établissement a procédé à une analyse des risques avec les professionnels de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Une cartographie des risques réalisée en groupe de travail (un groupe par prise en charge soit 3 groupes : Médecine, SSR et santé mentale) a identifié un ensemble de risques inhérents à l'hygiène des locaux, des soins, des transmissions croisées, de l'environnement.

De cette cartographie des risques, ont été mis en exergue deux risques principaux dans le compte qualité (règles d'hygiène des patients et surveillance des températures d'eau aux points d'usages). Les autres risques de la cartographie des risques ont été évalués avec un bon niveau de maîtrise. Des plans d'actions prioritaires des deux principaux risques ont été inscrits dans le Compte-Qualité : renforcement de l'éducation sur l'hygiène pour les patients, plan de surveillance des températures à divers points d'eau d'usage courant. En outre, le compte-qualité fait apparaître l'objectif de renforcement du dispositif de signalement d'événements indésirables en matière de prévention du risque infectieux. Cette stratégie qui consiste à mutualiser les deux établissements a été validée par les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Une infirmière hygiéniste est en place et travaille sur cette mission de prévention à temps plein. Elle se consacre au secteur sanitaire sur environ 70% de son temps. Le reste étant consacré au secteur médico-social. Par ailleurs, une mutualisation des ressources humaines et des moyens est en place entre les deux secteurs. Un praticien hospitalier a été désigné récemment correspondant au COMEDIMS pour la surveillance de l'antibiothérapie. Il suit une formation diplômante universitaire sur le sujet. La mutualisation des comités de prévention du risque infectieux (CH de la Châtre et Châteauroux) a permis de mutualiser la compétence du praticien hygiéniste. Des correspondants en hygiène sont identifiés dans les unités et possèdent une fiche de mission. La gestion documentaire fait état d'un grand nombre de procédures et conduites à tenir, permettant de réagir à toutes les situations.

Le programme annuel prévoit chaque année un ensemble de formations internes et externes sur le thème de la prévention du risque infectieux : formations pour l'infirmière hygiéniste et formations pour les agents (exemples de formations en 2015 : Bactériémies-prévalence des infections-étude des facteurs de risque du portage; améliorer l'usage des gants et des produits hydro-alcooliques).

Les cadres de santé interviennent en relai de cette équipe opérationnelle d'hygiène. Les interfaces entre l'établissement, les autorités de tutelle, le réseau CCLIN local sont organisées.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. L'IDE hygiéniste met en œuvre ses actions curatives et préventives dans les unités de soins. L'encadrement soignant s'assure également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le programme annuel de l'équipe opérationnelle d'hygiène est établi en début d'année et validé en CLIN. Il prévoit des actions d'évaluations, de formations, et de sensibilisation sur le terrain. Parmi les audits annuels programmés, cette année plusieurs prélèvements pré-analytiques de l'environnement ont été réalisés afin de sensibiliser les professionnels à la présence de germes identifiés. Le port des gants a fait l'objet d'un suivi des pratiques. Les prescriptions d'antibiothérapie chez le sujet âgé font l'objet d'une surveillance.

Les consignes d'hygiène des mains sont très surveillées et de fait les professionnels observés lors de la visite ne portaient aucun bijou. La commission CSIRMT (soins infirmiers, rééducateurs et médico-techniques) relaie ces informations.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le respect de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues requiert le développement des diverses compétences qui interviennent dans le dispositif de prévention des infections : diplômes universitaires de plaies et cicatrisation, diplôme universitaire en antibiothérapie, formations annuelles des professionnelles.

Exemples :

- Prévenir la diffusion des Bactéries Hautement Résistantes;
- Prise en charge des patients âgés infectés (2jours-11 personnes);
- L'usage des gants et des produits hydro-alcooliques; hygiène des locaux et HACCP ( 0,5 jour : 24 personnes);
- Gestion des excréta" et bonnes pratiques en hygiène hospitalières et précautions standards (24 personnes)

Les nouveaux arrivants et stagiaires bénéficient de sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène avec une session de formation par trimestre.

Le matériel est mis à disposition et entretenu. Les locaux sont propres. Le matériel d'entretien est conforme. La gestion documentaire est accessible sur le logiciel dans toutes les salles de soins et bureaux. Les matériels de soins répondent aux standards et normes d'hygiène. Il existe dans toutes les unités des supports "Unités Mobiles de Protection" utilisés pour les précautions particulières, des guéridons utilisés pour les soins infirmiers, au chevet du patient, du matériel de soins sécurisé et des des outils de formation à l'hygiène des mains ainsi qu'un mannequin pour les pratiques de soins. L'infirmière hygiéniste a identifié des personnes ressources dans les unités avec qui elle collabore principalement (Agents du service technique, Agents d'entretien, aides-soignants, IDE, etc.).

Les audits annuels programmés au CLIN sont mis en œuvre.

De plus, des audits flash sont réalisés annuellement:

- Audit des pratiques concernant l'élimination des déchets;
- Audit de technique d'hygiène des mains;
- Contrôles visuels de ports de bijoux;
- Contrôles de températures (eau-réfrigérateurs - plats);
- Suivi mensuel des consommations des solutions hydro-alcoolique.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les précautions standards sont mises en œuvre. La prise en charge du patient sur la prévention du risque infectieux est opérationnelle. Les situations à risques de contamination sont évaluées et les pratiques sont ajustées au regard de ces évaluation par des précautions particulières. Le travail en équipe est encouragé. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe. La traçabilité est réalisée et partagée.

Par exemples, les plaies infectées sont évaluées par les IDE formées aux plaies et cicatrisation qui donnent des consignes de pansements; les résultats bactériologiques font l'objet d'alerte en cas de présence de bactéries résistantes et sont suivies de conduite à tenir spécifique à la personne et au risque identifié. L'IDE hygiéniste et les cadres de santé veillent à l'application des règles.

Les procédures et conduites à tenir sont utilisées selon les besoins et situations. La propreté des service et chambres et de l'environnement (parties communes) fait l'objet d'un entretien rigoureux (visuellement observé) L'entretien des locaux fait l'objet de traçabilité et de contrôles. Les pratiques de nettoyage sont conformes aux règles d'hygiène; le matériel d'entretien (bandeaux et lavettes) est entretenu par un prestataire externe qui réalise également l'entretien du linge plat. Les marches en avant sont respectées.

Le service technique collaborent avec l'équipe d'hygiène à propos de la maintenances, des entretiens du réseau d'eau chaude et froide et tous les aspect techniques. Les carnets sanitaires sont en place. Les remplacements des matériels de douche sont prévus à périodicité définie.

L'interface avec le réseau CCLIN et le centre hospitalier de Châteauroux et opérationnel, effectif et utilisé.

Le COMEDIMS réalise l'interface du processus d'antibiothérapie avec sa surveillance (antibio-guide, suivi des prescriptions et consommations, réévaluations des prescriptions. Les rencontres du CLIN sont formalisées avec ordre du jour, feuilles de présence, et compte-rendus.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan annuel d'activité).

Le comité de lutte contre les infections associées aux soins présente son rapport d'activité en début d'année (au moment de la présentation du programme).

Pour l'année 2014, le bilan d'activité fait apparaitre les points suivants :

- Composition du CLIN et EOH de l'année avec les noms actualisés des personnes ressources;
- Rapports de surveillances des Bactéries Multi-Résistantes de l'année écoulée;
- Rapports de surveillances des Accidents d'Exposition au Sang de l'année écoulée;

- Suivi des consommations annuelles de solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains;
- Suivi des consommations annuelles des antibiotiques;
- Participation à l'enquête de prévalence de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements de santé de l'inter-région Ouest. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions corrective.

## **A / AGIR**

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

Suite aux évaluations de pratiques et à la communication des résultats, des actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Par exemple, le taux de consommation des solutions hydro-alcoolique est affiché dans les unités tous les mois par L'IDE hygiéniste qui sensibilise les professionnels en fonction de l'évolution de la courbe. Les actions d'amélioration mises en place sont citées dans le bilan annuel; les actions prévues sont programmées dans le programme de l'année N+1. Le rapport du CLIN est communiqué aux instances : CRU, CME, CSIRMT, CHSCT.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

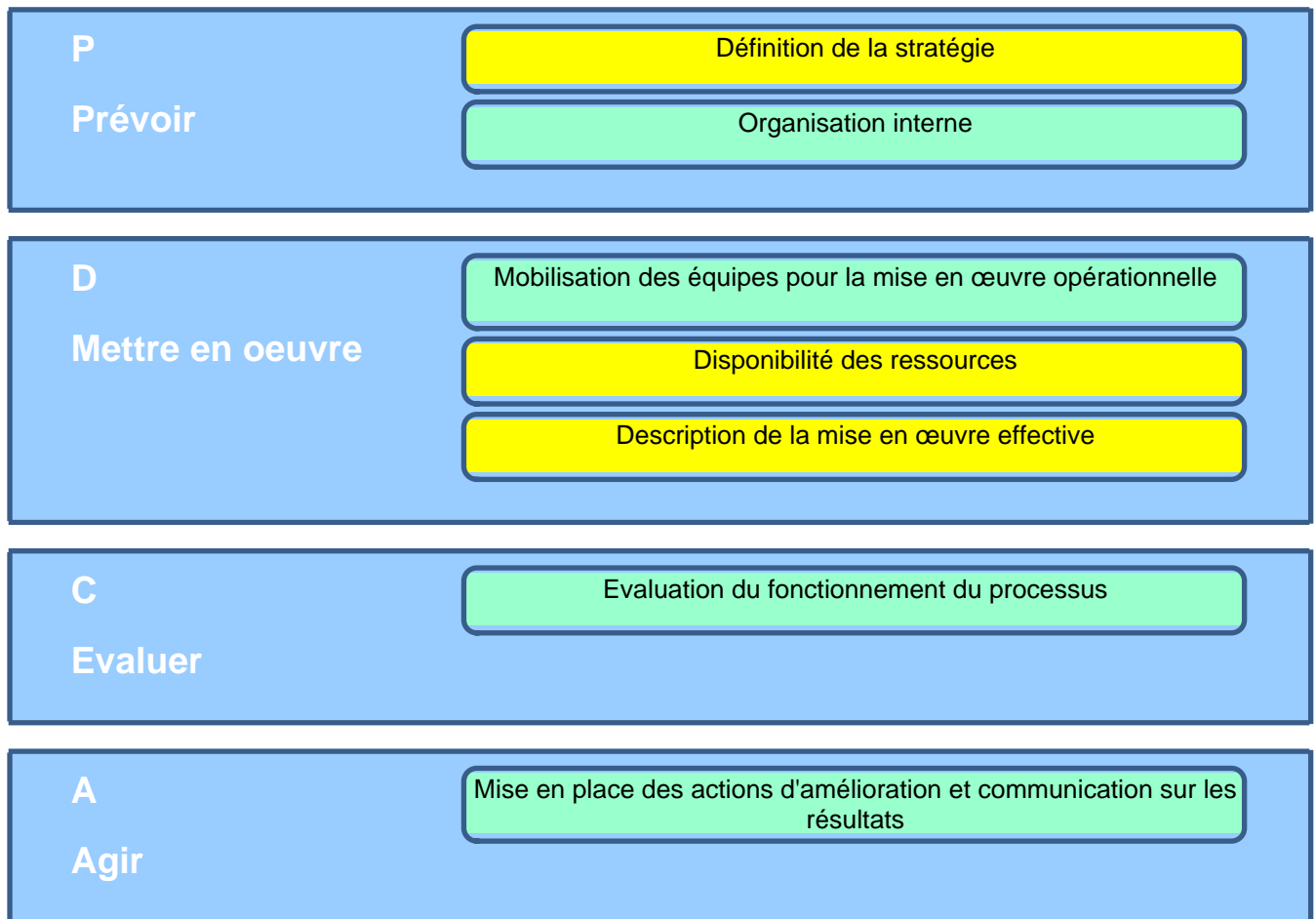
# DROITS DES PATIENTS

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques. Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. L'identification des risques prend en compte le recueil des événements indésirables, les résultats de la certification précédente. La politique des droits des patients est déclinée dans le projet d'établissement au travers de l'objectif principal n°1 " amélioration de la prise en charge du patient hospitalisé et de la personne âgée".

Le centre hospitalier de la Châtre, établissement sanitaire et médico-social, au sein d'un bassin d'attraction de 35 000 habitants, à 35 kilomètres du Centre Hospitalier de Chateauroux, constitue la principale offre de soins dans le domaine sanitaire. Il est chargé d'une mission d'accueil 24/24, y compris les urgences en articulation avec le SAMU Centre 15 ainsi que d'un objectif principal de prise en charge de la personne âgée. Le centre hospitalier au sein d'un pôle départemental de psychiatrie, créé récemment assure la prise en charge des hospitalisations en santé mentale en dehors des hospitalisations sans consentement.

La stratégie est déclinée au travers du projet d'établissement (2011/2016) et du PAQSS (2015/2019). La promotion de la bientraitance est inscrite comme l'un des des objectifs prioritaires du manuel d'assurance qualité validé par le président de la CME et le directeur en juin 2016.

Les professionnels ont réactualisé la cartographie des risques dans le Compte-Qualité, 7 risques ont été identifiés en lien avec la bientraitance, le respect des droits, de l'intimité et de l'information du patient. Des actions d'amélioration ont été identifiées : organisation et évaluation des actions de promotion de la bientraitance, amélioration de la traçabilité de l'information dans le dossier du patient et évaluation des pratiques en lien avec le respect de la dignité et l'intimité des patients.

Le choix des risques à inscrire au compte-qualité a été réalisé au niveau du service qualité. La hiérarchisation des risques inscrits au compte-qualité a été réalisé sans participation des professionnels. La CRU, simplement informée, n'a pas participé à l'élaboration du compte qualité. Les comptes rendus des réunions de la CRUQPC n'ont pas été systématiquement retrouvés.

#### ORGANISATION INTERNE

La CRUCQ est opérationnelle. Les représentants des usagers sont présents aux réunions et sollicités pour l'analyse des plaintes et réclamations. La charte est affichée dans les services ainsi que la composition et les modalités d'accès des patients aux représentants de usagers. Il existe une information des patients sur les droits, les missions et la composition de la CRU ( livret d'accueil, flyers explicitant les missions et le rôle de la CRUQPC mis a disposition dans les unités).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La formation des professionnels aux droits des patients est effective: 80% des soignants ont bénéficié d'une formation sur la bientraitance depuis 2008. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ont été mises en place : deux cadres de santé ont été identifiés référents institutionnels et ont bénéficié d'une formation en juin 2015.

Le recueil du consentement éclairé du patient est réalisé selon certaines situations au cas par cas et le refus de soins, s'il est constaté, est tracé dans le dossier du patient.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance interne ou externe sont définies par une procédure.

Il existe une organisation permettant de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs des 3 pôles d'activité (coopération entre service de soins et service social, intervention du pôle administratif, staffs professionnels).

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus.

L'organisation concernant le recueil du consentement du patient est peu structurée. Les situations requérant le consentement éclairé du patient ne sont pas clairement identifiées. Le refus de soins fait l'objet d'une démarche plus informelle que structurée. Seule, la sortie contre avis médical fait l'objet d'une procédure et d'une organisation.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Le PAQ 2015/2019 prévoit des actions d'amélioration sur toutes les références du manuel de certification, en lien avec les droits des patients. Les cadres de santé se sont appropriés le respect des droits des patients et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les situations faisant apparaître des dysfonctionnements font l'objet d'analyse en staff d'encadrement et

d'action corrective.

L'ensemble des soignants sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance. La même formation organisée depuis 2008 continue d'être déployée pour les nouveaux arrivants et les professionnels n'en ayant encore pas bénéficié. Les deux cadres soignants formés en juin, assurent récemment le pilotage de ce processus. Un projet d'EPP est avancé pour 2016. Un référent a été désigné par service. Les personnels sont sensibilisés aux modalités de déclaration des événements indésirables dans ce domaine. Il a été vérifié durant la visite que la procédure de signalement d'un cas de maltraitance d'un usager et la prise en charge spécifique était connue des professionnels. Les instances ont validé début 2015 l'adhésion de l'établissement à l'espace de réflexion éthique de la région Centre (EREC) afin de bénéficier d'un appui documentaire, d'une dynamique de réflexion et d'aide à la création et à l'accompagnement d'un lieu de réflexion éthique dans l'établissement.

L'information du patient à son admission est réalisée dans les unités par un agent de communication affecté spécialement à cette tâche (remise et commentaire du livret d'accueil, délivrance de bracelets d'identification, etc.). Dans le cadre du respect des libertés la contention fait l'objet d'une fiche de prescription et de suivi intégrée dans le dossier de soins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les effectifs sont en adéquation sur les différents secteurs participant au respect des droits des patients (accueil, dans les services, à la sortie...). Des formations sont proposées aux professionnels en lien avec le processus.

Des procédures ont été mises en œuvre avec les professionnels concernés, les procédures validées sont accessibles sur la gestion documentaire informatique. La démarche d'information du patient en cas de dommage associé aux soins est formalisée.

L'enregistrement des directives anticipées est possible sur le logiciel Osiris. Une plaquette d'information sur les directives anticipées est disponible dans les unités. Cependant, il n'a pas été trouvé trace de ces dernières lors de l'analyse des dossiers.

Comme suite à la dernière certification, l'établissement a mis en œuvre des actions d'amélioration sur le respect de l'intimité (paravents, sensibilisation des personnels, procédures actualisées). Cependant, en raison de l'architecture, certains locaux ne bénéficient pas de sanitaires complets (médecine), des chambres à deux lits ne bénéficient pas toutes de paravents.

Le projet de soins du patient n'est pas structuré. Il n'existe pas de support spécifique dans le dossier patient informatisé permettant de matérialiser la participation du patient à son projet de soins. Les staffs pluridisciplinaires consacrés à ce sujet sont peu nombreux, le corps médical n'y participe pas systématiquement (santé mentale). Leurs contenus quand ils existent, sont succincts dans le DPI.

Il existe des restrictions à la liberté d'aller et venir. Lors des visites, il a été constaté dans toutes les unités, que toutes les sorties temporaires des patients hospitalisés (dans le parc ou à l'extérieur de l'enceinte) étaient conditionnées systématiquement par une validation médicale ainsi que par une autorisation écrite du directeur ou de son représentant (lors des gardes administratives).

L'établissement n'est pas habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement dans des unités fermées. Cependant, l'unité de gérontopsychiatrie "Esquirol" qui accueille uniquement des patients en service libre est une unité "fermée". L'accès à cette unité de santé mentale (tant en entrée qu'en sortie) est gérée par les soignants ou par l'utilisation de code d'accès. Il n'existe pas de projet de soins ni de procédure permettant au patient de valider son accord à être admis dans une unité fermée.

### 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. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La confidentialité n'est pas respectée dans tous les cas. Lors de la transmission en ligne des résultats de biologies s'il n'y a pas une concordance exhaustive des données patients, ces résultats sont transmis dans le logiciel patient OSIRIS sur une page accessible à tous les soignants. Les informations médicales sont transmises aux patients dans les chambres à deux lits.

Il existe un risque médico légal. La mise en place d'un système électronique de déclaration des décès est effective sur le département depuis le début de l'année 2015. Il a été déclaré en EI que plusieurs déclarations de décès n'avaient pas fait l'objet d'un constat médical sur place.

Le recueil du consentement éclairé est recherché.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des actions d'évaluations au regard du questionnaire de sortie. Le taux de retour des questionnaires de sortie est mesuré et s'élève à 36 % en 2014.

Un audit a été réalisé en 2015 sur l'utilisation d'échelle de la douleur.

Une évaluation des pratiques sur le respect de la dignité et de l'intimité avait été réalisée en 2012. Des

actions de supervision par l'encadrement sont réalisées sur le terrain. Il est prévu de réaliser en 2016, une nouvelle évaluation des pratiques.

Une analyse quantitative et qualitative des réclamations est faite lors des réunions de la CRU.

La CRU formalise et communique son bilan annuel. Il existe 3 indicateurs de suivi.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont réalisées en lien avec l'exploitation des questionnaires de sorties ou le dispositif de plaintes et réclamations (mise à disposition de téléviseurs dans toutes les chambres, amélioration de la communication relative à la facturation).

D'autres actions d'amélioration sont inscrites au PAQ : formation des membres de la CRU, amélioration du circuit des remerciements.

Les informations collectées auprès des patients permettent de faire des recommandations pour améliorer l'accueil et la prise en charge des patients.



### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La hiérarchisation des risques n'est pas définie de manière participative. Le choix des risques à inscrire au compte-qualité a été réalisé au niveau du service qualité. La hiérarchisation des risques inscrits au compte-qualité a été réalisé sans participation des professionnels. La CRU, simplement informée, n'a pas participé à l'élaboration du compte qualité. Les comptes rendus des réunions de la CRUQPC n'ont pas été systématiquement retrouvés.	1d
P / Organisation interne	PS	L'organisation concernant le recueil du consentement du patient est peu structurée. Les situations requérant le consentement éclairé du patient ne sont pas clairement identifiées. Le refus de soins fait l'objet d'une démarche plus informelle que structurée. Seule, la sortie contre avis médical fait l'objet d'une procédure et d'une organisation.	11b
D / Disponibilité des ressources	PS	Le recueil du consentement du patient n'est pas structuré. Il n'existe pas de support spécifique dans le dossier patient informatisé permettant de matérialiser la participation du patient à son projet de soins. Les staffs pluridisciplinaires consacrées à ce sujet sont peu nombreux, le corps médical n'y participe pas systématiquement (santé mentale). Leurs contenus quand ils existent sont succincts dans le DPI.	11a
	NC	Il n'existe pas de projet de soins ni de procédure permettant au patient de valider son accord à être admis dans une unité fermée.  Lors des visites, il été constaté dans toutes les unités, que toutes les sorties temporaires des patients hospitalisés (à l'extérieur de l'enceinte) étaient conditionnés systématiquement par une validation médicale ainsi que par une autorisation écrite du directeur ou de son représentant (lors des gardes administratives). L'établissement n'est pas habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement dans des unités fermées. Cependant, l'unité de gérontopsychiatrie "Esquirol" qui accueille uniquement des patients en service libre est une unité "fermée. L'accès à cette unité de santé mentale (tant en entrée qu'en sortie) est gérée par les soignants ou par l'utilisation de code d'accès. Il n'existe pas de projet de soins ni de procédure permettant au patient de valider son accord à être admis dans une unité fermée.	10e
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La confidentialité n'est pas respectée dans tous les cas. Lors de la transmission en ligne des résultats de biologies s'il n'y a pas une concordance exhaustive des données patients, ces résultats sont transmis dans le logiciel patient OSIRIS sur une page accessible à tous les soignants. Les informations médicales sont transmises au patients dans les chambres à deux lits.	10c
	NC	La déclaration des décès n'est pas systématique. La mise en place d'un système électronique de déclaration des décès est effective sur le département depuis le début de l'année 2015. La déclaration des décès est systématique mais, parfois, le constat médical sur place n'est pas réalisé.	10e



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

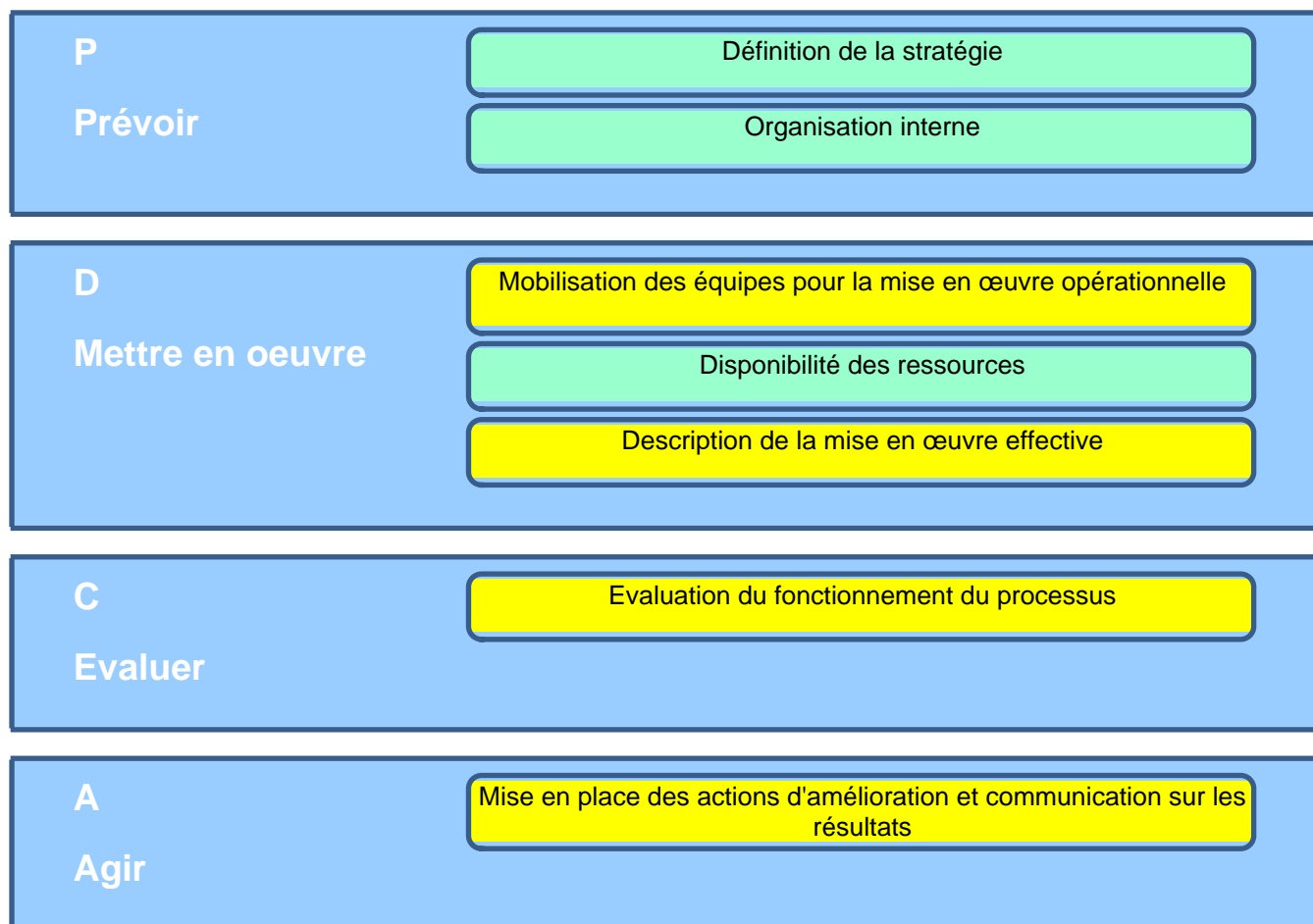
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de La Châtre est situé à 35 km de l'hôpital de référence de Châteauroux. Il propose une offre de soins de proximité. L'établissement a développé une filière gériatrique avec une activité sanitaire de médecine et soins de suite corrélée à une activité médico-sociale (EHPAD et service de soins à domicile).

L'activité de santé mentale est organisée dans le cadre d'une filière psychiatrique. L'établissement réalise en effet, une prise en charge des patients arrivant à l'accueil des urgences psychiatriques du Centre Thérapeutique de GIREUGNE. Cette activité en santé mentale concerne la prise en charge de maladies chroniques et de gérontopsychiatrie. Un service de radiologie externalisé se trouve sur le site de l'hôpital. un local est prêté par l'hôpital pour que les médecins de ville y réalisent leur garde.

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte. Cette stratégie est inscrite dans le projet d'établissement, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'établissement est intégré dans le GHT (Groupement Hospitalier du territoire) et le Pôle de psychiatrie départemental.

Une analyse des risques sur le parcours du patient a été réalisée. Une cartographie des risques a été faite et met en évidence un ensemble de risques portant sur divers thèmes : coordination et conduites des soins ; examens de laboratoire ; risque nutritionnel ; risque lié aux transports et enfin risques spécifiques aux trois prises en charge (médecine, SSR et santé mentale).

Une analyse de la criticité à été faite (échelle à 5 niveaux). Le Compte-qualité priorise trois risques en lien avec l'organisation médicale en place : coordination avec l'extérieur; orientation des patients en psychiatrie et médecine ; interruption dans la continuité de la prise en charge médicale. Le compte-qualité prévoit trois objectifs d'amélioration en lien avec l'analyse de risques. Il est prévu que le projet médical du groupement hospitalier de territoire, non initié au moment de la visite, soit un levier d'action pour maîtriser ces risques.

Il n'existe pas de réelle articulation entre les objectifs du compte-qualité et les actions d'amélioration inscrites au PAQ 2015-2019. Ce programme 2015-2019 comprend des actions d'amélioration en lien avec les pratiques soignantes et ne fait pas état d'actions concrètes en lien avec les pratiques médicales.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. La gestion des ressources humaines incombe à la direction et direction des soins. Les besoins médicaux sont pourvus avec certaines difficultés liés à la rareté des ressources médicales sur le territoire. Les équipes d'encadrement soignants sont pourvues et organisées : 1 poste de direction de soins, 1 poste de cadre supérieur et trois postes de cadres de proximité, auxquels se rajoute l'encadrement du secteur médico-social. En outre, l'établissement prévoit les ressources nécessaires en personnels de soins, psychosociaux, de rééducation et hôtelier.

Il existe un plateau technique pour la rééducation en SSR. Un système de "protection travailleur isolé" (PTI) est mis à disposition en santé mentale.

Les locaux et équipements sont adaptés à la prise en charge. Des travaux de conformité au handicap sont programmés. Un service technique assure la sécurité et la maintenance des bâtiments et du parc extérieur. Le matériel de soins est conforme, en bon état et répond aux besoins. La gestion documentaire est organisée avec un logiciel informatique accessible sur tous les postes. Les ressources mises à disposition permettent d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé.

Le dossier du patient est informatisé. Certains paramétrages et modalisations sont réalisés pour s'adapter aux besoins de la prise en charge.

Des interfaces sont en place : gestion des résultats d'examens dans le logiciel dossier du patient, collaboration entre service de soins et services administratif et technique.

La commission de soins réunit des soignants, des rééducateurs et des personnels du service social et du service technique.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le déploiement opérationnel du programme dans les secteurs sanitaires est assuré par la direction et coordonné par l'équipe d'encadrement soignant (la direction des soins fédère l'équipe de cadres de proximité sur toute la filière gériatrique et l'activité en santé mentale). Un cadre supérieur de santé assure une collaboration étroite avec la direction des soins, les unités et la cellule qualité-gestion des risques.

L'encadrement sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans le cadre du parcours et de la prise en charge des patients. Des audits ponctuels permettent de mettre en évidence des axes d'amélioration (audit sur l'évaluation nutritionnelle, évaluation du risque suicidaire). Des actions correctives ont été identifiées avec la modélisation d'une échelle spécifique à ces évaluations dans le dossier du patient. Ces outils ne sont pas encore utilisés mais en projet de l'être. La sensibilisation des professionnels est également assurée par la promotion et gestion des dysfonctionnements et évènements indésirables avec une analyse par un retour d'expérience si nécessaire.

Les objectifs assignés aux différentes activités ne sont pas clairement établis. Il manque des objectifs précis sur la qualité et sécurité du parcours du patient. Il n'existe pas de projets de services. Il n'existe pas d'évaluation des pratiques permettant d'évaluer la pertinence des prises en charges et des transferts comme cela est identifié comme un risque dans le compte-qualité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des effectifs et des compétences sont déployés pour mener à bien l'activité. La direction des soins et des ressources humaines réalise la gestion prévisionnelle des besoins. Les besoins de formations sont évalués au moment des entretiens annuels, ce qui permet de former les professionnels en lien avec leur compétences, leurs souhaits et les priorités du plan de formation. Les nouveaux arrivants bénéficient de formation sur le terrain avant d'être rendus autonomes (exemple : 8 jours pour une IDE en santé mentale). Les documents utiles à l'activité de prise en charge des patients sont actualisés et disponibles. L'entretien et la maintenance des locaux et matériels sont assurés par les services techniques. Les matériels destinés au confort et soins des patients sont mis à disposition. L'adaptation des bâtiments prévue initialement en 2016 est reportée pour des questions budgétaires (report réglementaire obtenu) mais programmée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est en place. Il s'agit d'un accueil des soins fonctionnant selon une permanence des soins possible 24h/24. L'unité « UMCS » intervient à l'extérieur en première intention et en coordination avec le SAMU ». En dehors des heures d'ouverture de cette unité, les patients se présentant sont accueillis par les infirmiers de nuit qui sollicitent le médecin d'astreinte. L'établissement participe au dispositif d'urgences psychiatriques départementales en prenant en charge (admission programmée) des patients ayant été préalablement admis aux urgences psychiatriques. Une maison médicale de garde se trouve installée sur le parc du centre hospitalier.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, et réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. La première observation médicale est faite le jour d'entrée du patient. Sa traçabilité est faite dans le dossier patient informatisé. Les soignants utilisent des recueils de données et cibles d'entrée qui ont été modélisées dans le dossier. Cependant, le projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfice-risque, n'est pas exhaustive. Le projet de soins personnalisé n'est pas tracé dans toutes les prises en charge. Sa réévaluation peut varier en lien avec la périodicité des observations médicales.

Les observations médicales ne sont pas tracées régulièrement. Il a été constaté qu'aucune observation du psychiatre n'a été tracée pendant 4 semaines en santé mentale.

L'intégration du volet somatique n'est pas intégrée dans le projet de prise en charge en santé mentale. L'organisation de la prise en charge somatique en santé mentale est récente. Son dispositif n'est pas encore structuré, formalisé, ni évalué.

L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est opérationnelle. Les deux kinésithérapeutes et ergothérapeutes se déplacent au chevet des patients selon les prescriptions. En santé mentale, une ergothérapeute est régulièrement sollicitée. Le plateau technique du service de rééducation est utilisé chaque jour et entretenu sur le plan du bio-nettoyage.

Les règles de présence sont définies avec un système d'astreintes médicales et administratives afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. La prise en charge repose sur des réunions pluriprofessionnelles sur des temps hebdomadaires dédiés avec une traçabilité assurée (feuille de présence et traçabilité dans le dossier patient).

L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique fait partie intégrante de l'organisation des soins puisque l'établissement prend en charge des patients porteurs de maladies chroniques, des personnes atteintes d'un handicap, des personnes démunies et parfois des enfants sur la permanence de soins.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel auprès des patients et de leur entourage sont réalisées.

Le dispositif du risque suicidaire fait l'objet d'une démarche d'évaluation et de la proposition d'utiliser une échelle évaluative (DECK). Cependant, ce dernier est peu structuré et la traçabilité n'est pas retrouvée dans le dossier du patient. Une échelle d'évaluation du risque a été proposée par l'équipe de cadres soignants, mais elle n'a pas été adoptée par la communauté médicale.

Une organisation récente incite au déploiement de l'éducation thérapeutique du patient à partir d'une identification des programmes extra-hospitaliers existants à mettre en adéquation avec les besoins de certains patients (création d'une plaquette d'information). Toutefois, l'organisation de la coordination

avec les professionnels extra-hospitaliers, des programmes d'ETP n'est pas effective. En absence de formation ou sensibilisation sur le sujet, les professionnels ne mettent pas en œuvre le dispositif d'orientation des patients sur des programmes identifiés.

La mise en œuvre du projet de soins personnalisé est évoquée en réunion de synthèse.

La sortie des patients est organisée au cas par cas, afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Cependant, la continuité des informations médicales relatives à la sortie peut faire défaut par non respect des envois des comptes-rendus d'hospitalisation ou par non respect des délais d'envoi réglementaire.

## **C / EVALUER**

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

Les indicateurs IQSS sont mesurés. Un audit de dossiers de soins a évalué récemment la recherche et la traçabilité des troubles nutritionnels et du risque suicidaire.

Le dispositif d'évaluation du processus n'est pas réalisé de manière périodique. Il n'existe pas de suivi de ces actions dans un programme d'actions institutionnel.

La communauté médicale n'a pas mis en œuvre de démarches d'évaluations de pratique professionnelles.

Il n'existe pas d'évaluation périodique des activités permettant d'informer les professionnels sur leurs résultats et de les sensibiliser aux bonnes pratiques que l'établissement se serait fixé. Il a été constaté peu d'implication de la communauté médicale. Il n'existe pas d'EPP ni de RMM sur les thèmes du parcours du patient.

## **A / AGIR**

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

Suite à l'évaluation portant sur le dossier de soins, deux échelles d'évaluation du risque suicidaire et du risque nutritionnel ont été proposées. Ces actions d'amélioration proposées par l'encadrement soignant n'ont pas encore été mises en œuvre et n'ont pas fait l'objet de communication, car ces actions n'ont pas été validées par la communauté médicale.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La démarche d'amélioration qualité mise en œuvre dans l'établissement bénéficie d'une implication partielle de la communauté médicale. Le PAQ 2015/2019 comprend des actions d'amélioration en lien avec les pratiques soignantes et ne fait pas état d'actions concrètes en lien avec les pratiques médicales.	1g
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les objectifs assignés aux différentes activités ne sont pas clairement établis Il n'existe pas de projets de services. Il manque des objectifs précis sur la qualité et sécurité du parcours du patient. Il n'existe pas d'évaluation des pratiques permettant d'évaluer la pertinence des prises en charges et des transferts comme cela est identifié comme un risque dans le compte-qualité.	18a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité du projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfice-risque, n'est pas exhaustive. Le projet de soins personnalisé n'est pas tracé dans toutes les prises en charge. Sa réévaluation peut varier en lien avec la périodicité des observations médicales.	17a
	NC	Les observations médicales ne sont pas tracées régulièrement. Il a été constaté qu'aucune observation du psychiatre n'a été tracée pendant 4 semaines en santé mentale.	17a
	PS	L'organisation de la coordination avec les professionnels extra-hospitaliers, des programmes d'ETP n'est pas effective. En absence de formation ou sensibilisation sur le sujet, les professionnels ne mettent pas en œuvre le dispositif d'orientation des patients sur des programmes identifiés.	23a
	NC	La continuité des informations médicales relatives à la sortie n'est pas assurée. La continuité des informations médicales relatives à la sortie peut faire défaut par non respect des envois des comptes-rendus d'hospitalisation ou par non respect des délais d'envoi réglementaire.	24a
	PS	Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est peu structuré. La traçabilité n'est pas retrouvée dans le dossier du patient. Une échelle d'évaluation du risque a été proposée par l'équipe de cadres soignants, mais elle n'a pas été adoptée par la communauté médicale.	23a
	PS	L'intégration du volet somatique n'est pas intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale. L'organisation de la prise en charge somatique en santé mentale est récente. Son dispositif n'est pas encore structuré, formalisé, ni évalué.	17b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	La communauté médicale n'a pas mis en œuvre de démarches d'évaluations de pratique professionnelles. Il n'existe pas d'évaluation périodique des activités permettant d'informer les professionnels sur leurs résultats et de les sensibiliser aux bonnes pratiques que l'établissement se serait fixé. Il a été constaté peu d'implication de la communauté médicale. Il n'existe pas d'EPP ni de RMM sur les thèmes du parcours du patient.	28a
	PS	Le dispositif d'évaluation du processus n'est pas réalisé de manière périodique. Il n'existe pas de suivi de ces actions dans un programme d'actions institutionnel.	17a
A / Mise en place des actions d'amélioration et	PS	Les actions d'amélioration proposées par l'encadrement soignant n'ont pas encore été mises en œuvre et n'ont pas fait l'objet de communication. Ces actions n'ont pas été validées par la communauté médicale.	18a



<b>Sous étape de la thématique</b>	<b>Qualification</b>	<b>Ecart /preuve(s)</b>	<b>Critère V2010</b>
communication sur les résultats			

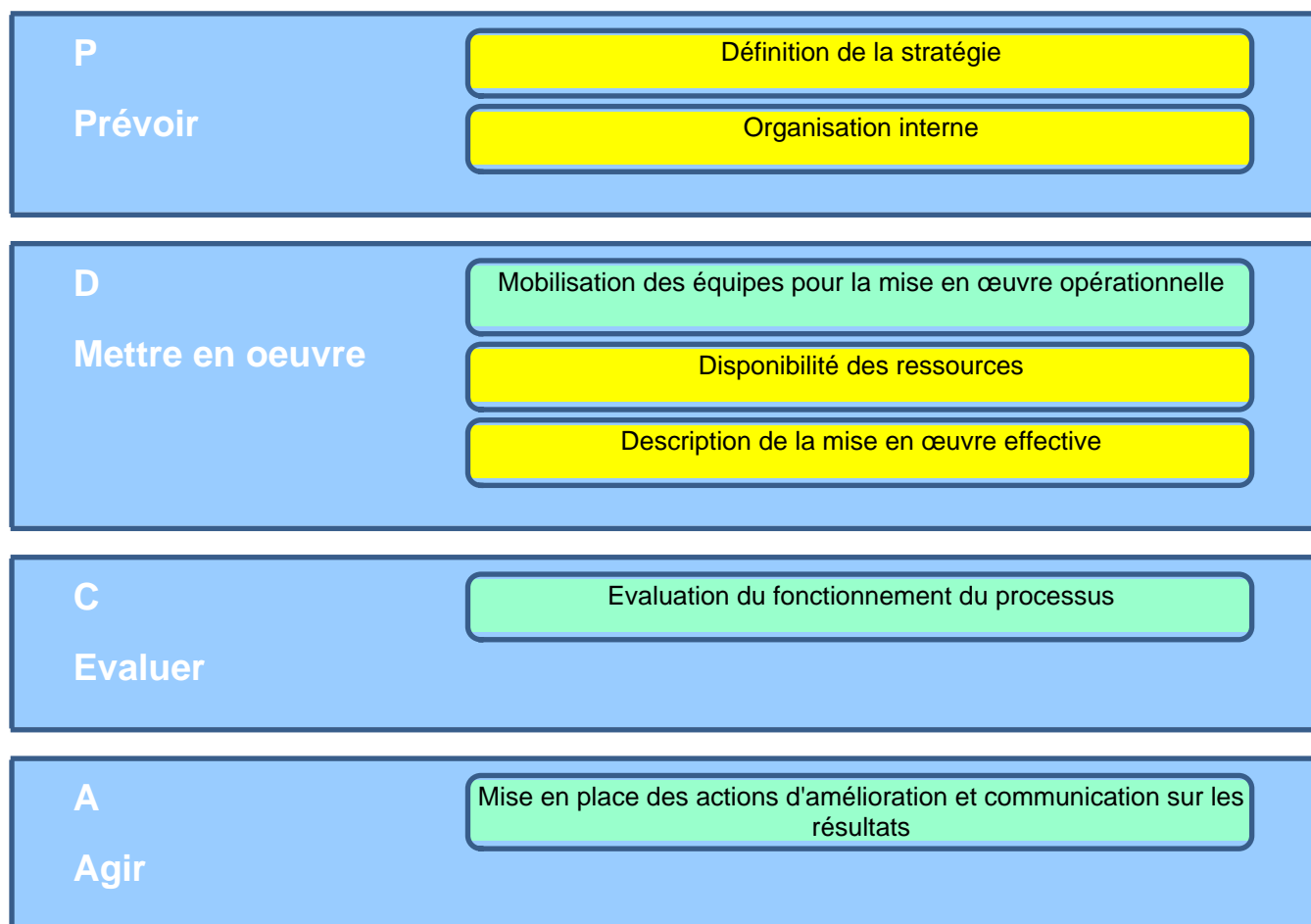
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le déploiement et la mise à disposition d'un dossier patient unique est une volonté de l'institution, celle-ci est opérationnelle avec la mise en place d'un dossier patient informatisé initié depuis 2004 dans tous les services de l'établissement. Cependant, il n'est pas retrouvé de document formalisant ni cette politique, ni le recensement des risques inhérents à ce processus. Le thème du dossier patient n'est pas retrouvé ni au sein du programme d'amélioration qualité sanitaire 2015-2019, validé aux instances, ni au sein de la politique qualité validée par le directeur et le président de CME en date de juin 2015. Il n'a pas été retrouvé trace de la réflexion de la communauté médicale quant à la mise à disposition des dossiers patients à l'intégralité des médecins de l'institution.

Le compte qualité retrace les risques émanant des groupes de travail, propres à chaque filière de prise en charge (Médecine, SSR, Santé mentale), 5 risques y sont intégrés, toutefois, le thème du dossier patient en tant que tel n'est retrouvé ni au sein du programme d'amélioration qualité sanitaire 2015-2019, validé aux instances, ni au sein de la politique qualité validée par le directeur et le président de CME en date de juin 2015.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du dossier patient informatisé est confié au responsable du système d'information en collaboration avec la Direction des services de Soins et un cadre supérieur de santé.

Pour garantir le fonctionnement du dossier patient informatisé, l'établissement a organisé la formation indispensable aux professionnels concernés, une réactualisation est envisagée à chaque mise à jour du logiciel, les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation lors de leur intégration dans l'établissement,

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est finalisée et l'information leur en est donnée par l'intermédiaire du livret d'accueil. Cela fait l'objet d'une procédure disponible dans la gestion documentaire (procédure traitement des demandes d'accès du patient à son dossier médical validée en août 2014). Un plan d'investissement et de maintenance du matériel informatique est défini afin d'assurer un fonctionnement cohérent avec la prise en charge des patients au sein de l'établissement. Un plan de continuité de l'activité a été récemment validé et est à la disposition des professionnels au sein de la gestion documentaire.

L'accès du patient à son dossier est formalisé et assuré dans les délais définis par la réglementation.

Les dysfonctionnements font l'objet de fiches d'évènements indésirables et bénéficient de ce fait de la mise en place de communication et de plans d'actions dédiés.

Les règles d'utilisation du dossier du patient ne sont pas formalisées. Il n'est pas formalisé de guide d'utilisation du dossier patient informatisé, retraçant les règles d'accès et les responsabilités des données saisies par les professionnels.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le dossier patient informatisé est utilisé dans tous les services de soins et partagé par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge. Les cadres de santé sont garants de la bonne utilisation de l'outil en l'absence de règles établies par l'établissement. La formation des professionnels de santé a été réalisée lors du déploiement du DPI par deux référents infirmiers formateurs pour leurs collègues, des réajustements sont effectués lors des changements de version, les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation lors de leur intégration dans l'établissement ou pendant la période de tutorat.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Plusieurs procédures identifiées "dossier patient" sont à disposition des professionnels concernés. Elles sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire, cependant certains domaines ne sont pas traités (fusion de dossiers, gestion des doublons, création d'identité sur logiciel administratif) au sein de la gestion documentaire ou font l'objet d'une organisation par les professionnels de terrain non partagée par l'institution (archivage des dossiers médicaux).

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est finalisée et l'information leur est donnée par l'intermédiaire du livret d'accueil. Cela fait l'objet d'une procédure disponible dans la gestion documentaire (procédure de traitement des demandes d'accès du patient à son dossier médical validée en août 2014).

Le personnel bénéficie de matériel informatique en nombre suffisant pour garantir une utilisation et une traçabilité des données en temps réel, néanmoins, dans le bâtiment de médecine -SSR, la couverture wi-fi ne permet pas une utilisation optimale des ordinateurs portables dans tout le service. Par ailleurs, la

saisie en temps réel ne peut pas être réalisée en santé mentale, les ordinateurs mis à disposition n'étant pas mobiles.

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

Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés dans le dossier patient par les professionnels concernés, des feuilles ou écrans spécifiques sont disponibles pour les différents métiers intervenant dans la prise en soins. Les modalités de partage des informations relatives au patient ne garantissent pas le respect de la confidentialité. La sécurité de l'accès aux données du patient n'est pas totalement garantie même si chaque professionnel bénéficie d'accès sécurisé (identifiant professionnel unique et mot de passe personnalisé), la fermeture des sessions ou écrans en cas d'inutilisation n'est effective qu'après 15 minutes d'inactivité, accès possible aux écrans dédiés métiers par d'autres professionnels de grade différents, accès possible à chaque professionnel à tous les dossiers des patients hospitalisés dans l'établissement, les résultats de laboratoire (non affectés) sont visualisables par l'ensemble des professionnels des services. Par ailleurs, la traçabilité des données ne sont pas tracées en temps réel dans le dossier du patient. Bien que disponibles dans tous les services de soins, les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels soignants n'intègrent pas l'ensemble des services participant à la prise en charge du patient. Le dossier de soins du patient n'est cependant pas mis à disposition des professionnels de l'imagerie médicale (personnel extérieur à l'établissement). Aucun autre document n'est prévu pour suppléer à cette problématique.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation du dossier patient par l'intermédiaire des IPAQSS de façon réglementaire, mais n'a pas mis en place d'autres évaluations formalisées dans ce domaine, les seuls indicateurs définis sont ceux définis dans le cadre du programme national. Les cadres de santé organisent une supervision de l'utilisation de l'outil sans toutefois en tracer les résultats.

Les différents secteurs d'activité clinique n'ont pas mis en œuvre de démarches d'EPP.

Il n'a pas été mis en œuvre d'évaluation des pratiques professionnelles pour ce qui concerne l'utilisation du dossier patient informatisé.

### **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont conduites dans certains secteurs, suite donnée à la déclaration des événements indésirables.

Les résultats des IPAQSS font l'objet de l'affichage réglementaire.

La CRUQPC est informée des demandes d'accès au dossier du patient et des délais d'accès enregistrés,

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique de déploiement du dossier patient n'est pas formalisée.  Il n'est pas retrouvé de document formalisant ni cette politique, ni le recensement des risques inhérents à ce processus. Le thème du dossier patient n'est pas retrouvé ni au sein du programme d'amélioration qualité sanitaire 2015-2019, validé aux instances, ni au sein de la politique qualité validée par le directeur et le président de CME en date de juin 2015. Il n'a pas été retrouvé trace de la réflexion de la communauté médicale quant à la mise à disposition des dossiers patients à l'intégralité des médecins de l'institution.	14a
P / Organisation interne	PS	Les règles d'utilisation du dossier du patient ne sont pas formalisées.  Il n'est pas formalisé de guide d'utilisation du dossier patient informatisé, retraçant les règles d'accès et les responsabilités des données saisies par les professionnels.	2a
D / Disponibilité des ressources	PS	L'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier n'est pas complète. Certains domaines ne sont pas traités (fusion de Dossiers, Gestion des Doublons, création d'identité sur logiciel administratif) au sein de la gestion documentaire ou font l'objet d'une organisation par les professionnels de terrain non partagée par l'institution (archivage des dossiers médicaux).	14a
	PS	La traçabilité des données ne sont pas tracées en temps réel dans le dossier du patient. Dans le bâtiment de médecine-SSR, la couverture wi-fi ne permet pas une utilisation optimale des ordinateurs portables dans tout le service. Par ailleurs, la saisie en temps réel ne peut pas être réalisée en santé mentale, les ordinateurs mis à disposition n'étant pas mobiles.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les modalités de partage des informations relatives au patient ne garantissent pas le respect de la confidentialité. La sécurité de l'accès aux données du patient n'est pas totalement garantie même si chaque professionnel bénéficie d'accès sécurisé (identifiant professionnel unique et mot de passe personnalisé), la fermeture des sessions ou écrans en cas d'inutilisation n'est effective qu'après 15 minutes d'inactivité, accès possible aux écrans dédiés métiers par d'autres professionnels de grade différents, accès possible à chaque professionnel à tous les dossiers des patients hospitalisés dans l'établissement, les résultats de laboratoire (non affectés) sont visualisables par l'ensemble des professionnels des services.	10c
	PS	La traçabilité des données ne sont pas tracées en temps réel dans le dossier du patient. Bien que disponibles dans tous les services de soins, les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels soignants n'intègrent pas l'ensemble des services participant à la prise en charge du patient. Le dossier de soins du patient n'est cependant pas mis à disposition des professionnels de l'imagerie médicale (personnel extérieur à l'établissement). Aucun autre document n'est prévu pour suppléer à cette problématique.	14a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les différents secteurs d'activité clinique n'ont pas mis en œuvre de démarches d'EPP. Il n'a pas été mis en œuvre d'évaluation des pratiques professionnelles pour ce qui concerne l'utilisation du dossier patient informatisé.	28a



# IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

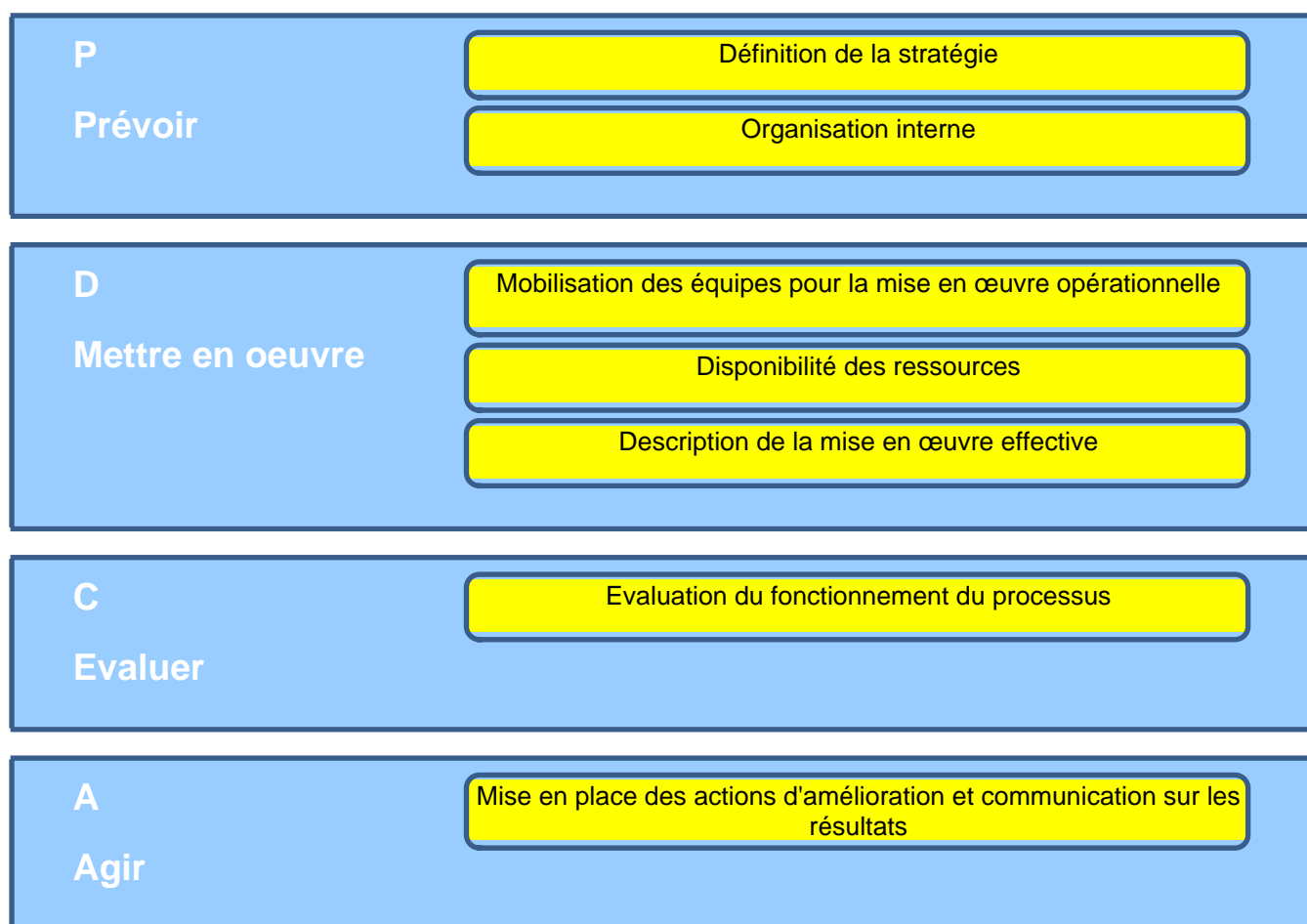
## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a mis en place une nouvelle stratégie en octobre 2015 avec la création d'une cellule d'identitovigilance composée de 4 personnes (cadre administratif responsable du service des admission, cadre supérieur de santé, direction des soins et responsable qualité).

Une identification des risques a été réalisée sur la cartographie globale de l'établissement comprenant des risques évalués comme bien maîtrisés. Le compte qualité hiérarchise certains risques :

- Formation : insuffisante des professionnels relative à l'identitovigilance;
- Absence de procédure d'identitovigilance avant tout acte de soins;
- Absence de mise à jour des informations des patients existants;
- Manque de traçabilité de la vérification de l'identité dans le dossier.

L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis.

La stratégie de l'établissement n'est ni élaborée ni formalisée. A défaut d'élaboration et de formalisation, cette stratégie, n'est pas présentée et validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

La communauté médicale n'est pas représentée dans la cellule qualité (le médecin DIM ou un autre médecin ne sont présents dans cette cellule d'identitovigilance). Le manuel Qualité élaboré en juin 2015 ne fait pas état de l'identito-vigilance.

#### ORGANISATION INTERNE

L'identitovigilance est un point abordé en COPIL qualité (4 fois par an). Un identitovigilant a été identifié. Une formation de 2 jours lui a été proposée en octobre 2015.

Une "conduite à tenir" réactualisée le 15.11.2015 indique la composition de la cellule et le nom du responsable vigilant. Les missions et modalités de cette cellule ne sont pas précisées.

Le contrôle de l'identité du patient n'est pas réalisé avec sa carte d'identité, son passeport ou le cas échéant, sa carte de séjour. Aucune pièce d'identité n'est demandée au patient le jour de son entrée au bureau administratif. Certaines admissions sont faites depuis les unités de soins sans contrôle des documents d'identité du patient.

Les personnels de l'accueil ne sont pas formés. Les professionnels de soins qui enregistrent des admissions ne sont pas formés à l'identito-vigilance. Le plan de formation ne fait pas apparaître de formation sur le sujet sur les années 2014, 2015 et 2016 à l'attention des professionnels (sauf une formation de 2 jours réalisée pour le référent).

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Depuis que le référent identitovigilant a reçu sa formation, il a mis en place des actions de sensibilisation auprès des équipes administratives. Les cadres de santé assurent la supervision des pratiques dans les unités de soins.

L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis.

Les objectifs assignés aux services administratifs et unités de soins n'ont pas encore été établis à ce jour : absence de documents qualité, de modalités d'évaluation et d'actions concrètes d'amélioration.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une formation de deux jours a été réalisée pour le responsable identito-vigilant à l'automne 2015.

Les procédures concernant l'identitovigilance ne sont pas formalisées.

La charte d'identitovigilance créée en 2011 et non réactualisée décrit et définit les règles en matière d'admission :

- Recherche d'antériorité
- Saisie de chaque trait selon les principes suivants : pas d'accent, de traits d'union, d'apostrophe, d'abréviation ...
- Utilisation et définition des traits stricts
- Le séjour créé connaît plusieurs étapes : « provisoire », « validé », « fantôme » ou « doublon avéré »
- Les droits pour la gestion de l'identité sont identifiés

mais elle ne prévoit pas le contrôle de l'identité du patient avec la carte de identité ou tout autre document officiel. Les pratiques en place ne sont pas formalisées :



- Missions et le fonctionnement de la cellule d'identito-vigilance;
- Gestion des admissions à l'entrée;
- Création des dossiers en dehors de l'ouverture du bureau des admissions;
- Bonnes pratiques pour vérifier l'identité dans les unités de soins;
- Modalités de fonctionnement entre la cellule-identitovigilance, le service informatique et la CME;
- Fusion et réparation des collisions.

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

Les professionnels sont sensibilisés à la vérification de l'identité des patients avant leurs actes et interventions. Les procédures ne garantissent pas une concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription. Certaines pratiques comportent un risque vis à vis du risque d'erreur de patient. Préparation anticipée des produits destinés aux traitements par perfusion sur les paillasses; non-identification nominative des poches de perfusions; étiquettes 'volantes', non collées, dans les piluliers.

Les personnels de l'accueil administratif ne mettent pas en œuvre des procédures fiables et réglementaire de contrôle de l'identité des patients. Le contrôle de l'identité du patient n'est pas réalisé avec sa carte d'identité, son passeport ou le cas échéant, sa carte de séjour. Aucune pièce d'identité n'est demandée au patient le jour de son entrée au bureau administratif. Certaines admissions sont faites depuis les unités de soins sans contrôle des documents d'identité du patient.

La création d'un dossier administratif, générant l'ouverture du dossier informatisé du patient, est réalisé par l'infirmier de l'unité de soins durant la fermeture du bureau des admissions. Cet enregistrement n'est pas réalisé au regard de pièce d'identité du patient. Les données saisies sont transmises par les patients concernés (oralement ou par écrit). Cette pratique n'est pas encadrée par une procédure.

Toutefois, un dispositif de traçabilité transmet cet enregistrement au bureau des entrées qui, le lendemain ou au moment de son ouverture, vérifie la conformité de la pratique effectuée.

En santé mentale, dans l'unité de maladies chroniques, la vérification de l'identité du patient ne repose pas sur un dispositif structuré et formalisé. Les patients ne portent pas de bracelet d'identification. Il n'existe pas d'autre dispositif. Il n'y a pas de conduite à tenir particulière.

Le service informatique intervient sur les corrections de doublons dans le dossier informatisé sans modalité concrète d'interface avec le corps médical.

### **C / EVALUER**

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

Les événements indésirables ou incidents liés à l'identité sont analysés par la cellule d'identito-vigilance. Le service informatique et le service administratif réalisent des corrections lors de la détection de doublons dans le dossier patient informatisé et dossier informatique.

Le dispositif d'évaluation périodique de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas en place notamment. Les erreurs identifiées et les corrections apportées font l'objet d'un suivi informel. Seul un audit a été initié, sans être abouti à ce jour (résultats, analyse, points de progrès, indicateurs de suivi). En l'absence de dispositif structuré d'évaluation de la thématique, il n'existe pas d'indicateur de suivi et de tableau de bord.

### **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont programmées au regard de la formation reçue par le responsable identito-vigilant. Les actions au regard de l'évaluation des risques faite ne sont pas menées.

Toutefois, au moment de la visite, aucune action concrète n'a été réalisée au regard de l'évaluation faite des risques. Une seule action intitulée "relancer les travaux de la cellule d'identito-vigilance" a été initiée avec la formation de 2 jours réalisée à l'automne 2015.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis.  La stratégie de l'établissement n'est ni élaborée ni formalisée. A défaut d'élaboration et de formalisation, cette stratégie, n'est pas présentée et validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La communauté médicale n'est pas représentée dans la cellule qualité (le médecin DIM ou un autre médecin ne sont présents dans cette cellule d'identitovigilance). Le manuel Qualité élaboré en juin 2015 ne fait pas état de l'identito-vigilance.	15a
P / Organisation interne	NC	Les professionnels de soins enregistrant les admissions ne sont pas formés à l'identito-vigilance. Les personnels de l'accueil ne sont pas formés. Le plan de formation ne fait apparaître aucune autre formation sur le sujet sur les années 2014/, 2015 et 2016.	15a
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis.  Les objectifs assignés aux au service administratif et unités de soins n'ont pas encore été établis à ce jour : Absence de documents qualité, de modalités d'évaluation et d'actions concrètes d'amélioration.	15a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les procédures concernant l'identitovigilance ne sont pas toutes formalisées. La charte d'identitovigilance crée en 2011 et non réactualisée ne prévoit pas le contrôle de l'identité du patient avec la carte de l'identité ou tout autre document officiel. Absence de procédure concernant : - Les missions , la composition et le fonctionnement de la cellule d'identito-vigilance; -Procédure de gestion des admissions à l'entrée; -Procédure concernant la création des dossiers en dehors de l'ouverture du bureau des admissions; -Bonnes pratiques pour vérifier l'identité dans les unités de soins. -Modalités de fonctionnement entre la cellule-identitovigilance, le service informatique et la CME. - Procédure concernant la fusion et la réparation des collisions.	15a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La procédure d'identification du patient n'est pas mise en œuvre de manière conforme. Le contrôle de l'identité du patient n'est pas réalisé avec sa carte d'identité, son passeport ou le cas échéant, sa carte de séjour. Aucune pièce d'identité n'est demandée au patient le jour de son entrée au bureau administratif. Certaines admissions sont faites depuis les unités de soins sans contrôle des documents d'identité du patient. La création d'un dossier administratif, générant l'ouverture du dossier informatisé du patient, est réalisé par l'infirmier de l'unité de soins durant la fermeture du bureau des admissions. Cet enregistrement n'est pas réalisé au regard de pièce d'identité du patient. Les donnée saisies sont transmises par les patients concernés (oralement ou par écrit ). Cette pratique n'est pas encadrée par une procédure. Toutefois, un dispositif de traçabilité transmet cet enregistrement au bureau des entrées qui, le lendemain ou au moment de son ouverture, vérifie la conformité de la pratique effectuée.	15a
	NC	Les procédures ne garantissent pas une concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription.	15a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		Certaines pratiques comportent un risque vis à vis du risque d'erreur du patient : préparation anticipée des produits destinés aux traitements par perfusion sur les paillasse; non-identification nominative des poches de perfusions; étiquettes 'volantes', non collées, dans les piluliers.	
	PS	En santé mentale, dans l'unité de maladies chroniques, la vérification de l'identité du patient ne repose pas sur un dispositif structuré et formalisé. Les patients ne portent pas de bracelet d'identification. Il n'existe pas d'autre dispositif. Il n'y a pas de conduite à tenir particulière.	15a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation périodique de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas en place.  Les erreurs identifiées et les corrections apportées font l'objet d'un suivi informel, un seul audit a été initié , sans être abouti à ce jour (résultats, analyse, points de progrès, indicateurs de suivi). En l'absence de dispositif structuré d'évaluation de la thématique, il n'existe pas d'indicateur de suivi et de tableau de bord.	15a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions au regard de l'évaluation des risques faite ne sont pas menées. Au moment de la visite, aucune action concrète n'a été réalisée au regard de l'évaluation faite des risques. Seule une action intitulée "relancer les travaux de la cellule d'identito-vigilance" a été initiée avec la formation de 2 jours réalisée à l'automne 2015.	15a

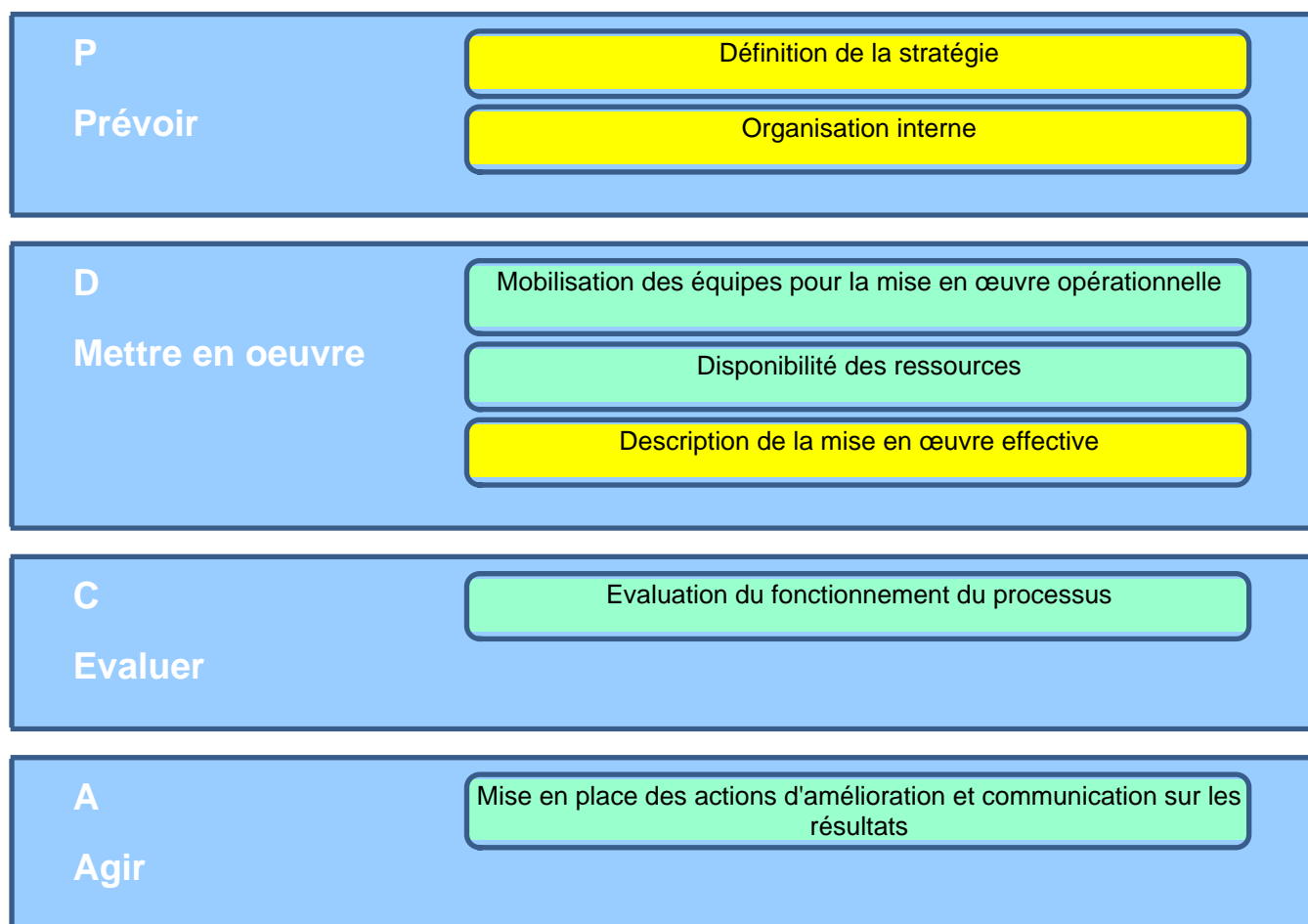
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie relative à la prise en charge médicamenteuse est définie au travers du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) qui établit 6 objectifs cibles. D'autres objectifs sont portés dans le projet d'établissement (fiche action 6-3 sur la sécurisation du circuit du médicament). Cette fiche action décline le projet d'informatisation de la prise en charge.

L'établissement a identifié ses risques pour chaque étape du circuit du médicament en tenant compte des risques spécifiques aux populations accueillies (personne âgée, autonomie dans le traitement) et des risques plus génériques (informatique, identification du patient, hygiène). L'analyse des risques a été réalisée à partir de l'élaboration de la cartographie des risques complète de l'établissement mais aussi en s'appuyant sur l'autoévaluation des risques réalisée avec l'outil Archimed au niveau de la pharmacie à usage interne (PUI) et l'identification des risques prioritaires dans le cadre de l'élaboration du Compte-Qualité.

Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés.

Cette stratégie est déclinée dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement.

La politique de la prise en charge médicamenteuse n'a pas défini de dispositions spécifiques au sujet âgé. En effet, le CBUM et la fiche action 6-3 du projet d'établissement définissent la stratégie retenue en matière de prise en charge médicamenteuse ne proposent aucun objectif spécifique au sujet âgé.

**ORGANISATION INTERNE**

L'ingénieur qualité de l'établissement a été désigné, par la CME en 2013, Responsable du Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Elle assure le suivi des actions d'amélioration figurant au PAQSS de l'établissement.

Le pilotage de la mise en œuvre de cette stratégie est également assuré par le COMEDIMS. Ses missions sont définies et formalisées dans un règlement intérieur et ses comptes-rendus sont à disposition des professionnels via l'intranet de l'établissement.

L'organigramme de la pharmacie est défini.

La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible auprès de la PUI.

La permanence pharmaceutique est organisée : dotation pour besoins urgents, l'accès à la pharmacie par le médecin de garde lors des week-ends est formalisé dans un protocole (accès à la pharmacie en urgence en dehors des heures d'ouverture). Cependant, la sécurisation d'accès à la pharmacie à usage intérieur n'est pas effective. La procédure d'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture n'est pas conforme à la réglementation. En effet, elle permet l'accès à du personnel non habilité en dehors de la présence du pharmacien. Toutefois, cette procédure n'est que peu utilisée, des stocks tampons de médicaments urgents permettent aux professionnels de répondre à la majorité des demandes en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète : un support unique de prescription et de validation d'administration sont en place. Quelques médicaments sont et à prescrire sur le support unique (informatique) et à prescrire sur un support papier défini (médicaments dérivés du sang, médicaments hors T2a, produits sanguins labiles et certains antibiotiques à prescription nominative).

Les règles et les supports d'enregistrement de la prescription à l'administration sont définis notamment dans le Manuel Qualité du médicament avec OSIRIS (logiciel dossier patient) et dans plusieurs protocoles.

Les pharmaciens avec l'appui de l'OMEDIT centre identifie les besoins en ressources documentaires et ont structuré un système d'information.

La gestion des erreurs médicamenteuses est organisée : déclaration via la fiche informatisée des événements indésirables (58 en 2015), présentations des fiches liées au circuit du médicament lors des CREX et analyse collective en fonction de la gravité de l'erreur avec la méthode ORION (1 analyse en 2015).

Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces.

L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser les étapes du rangement et du stockage des médicaments dans les unités de soins.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, les praticiens de chaque secteur d'activité et les cadres de santé organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Une infirmière, référente pharmacie, est identifiée dans chaque unité de soin. Sensibilisée régulièrement

par les pharmaciens, elle communique à ses collègues les nouvelles directives.  
Le cadre de santé est également garant de la mise en œuvre des actions d'amélioration sur le circuit du médicament.  
Les équipes participent à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables relatifs au circuit du médicament.  
Le cadre de santé mène des audits de conformité dans les unités : un audit sur la préparation des piluliers a été récemment réalisé. Des actions correctives ont été identifiées. L'équipe soignante procède une fois par mois à la gestion des périmés.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la sécurisation du circuit du médicament : les effectifs et les compétences répondent, en grande partie, aux besoins exprimés dans ce domaine. L'effectif de la pharmacie ne permet pas le déploiement optimal de la démarche de sécurisation du circuit du médicament. Les deux pharmaciens (0,7 et 0,6 ETP) ne peuvent mener que de très rares actions au sein des services par manque de disponibilité : pas de réalisation de cartographie des risques avec l'outil ARCHIMED au niveau des unités de soins, pas d'animation à visée éducative auprès des patients. De plus, le développement de la délivrance nominative ne peut se mettre en place.

Les professionnels sont sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse : 6 IDE en 2014 et 12 personnes cette année.

Une sensibilisation interne a été réalisée par le pharmacien en avril 2015 sur les risques liés à la prescription chez le sujet âgé qui a concerné 15 personnes.

Plusieurs supports d'information destinés aux patients ont été réalisés : plaquettes d'information sur "mes médicaments à l'hôpital", "sortie du patient sous morphinique ou dérivés" et "sortie du patient sous AVK". La documentation est accessible, actualisée, connue et disponible dans les secteurs d'activité par l'intermédiaire de la gestion documentaire informatisée.

Des outils d'aide à la prescription, à la préparation et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels : VIDAL, base documentaire Claude Bernard via le logiciel de prescription, antibioguide, livret thérapeutique, Manuel Qualité du Médicament avec OSIRIS.

Plusieurs fiches techniques ont été formalisées pour atténuer des situations à risque : bon usage des médicaments à risque, transport des médicaments, médicaments à risque de confusion par consonances similaires, prescription chez la personne âgée, par exemple.

Les matériels et équipements (ordinateurs, locaux, piluliers) sont en adéquation avec l'activité à réaliser : notamment lors du transport des médicaments entre la pharmacie et les unités de soins qui est réalisé dans des containers identifiés, sécurisés et respectant la chaîne du froid pour les médicaments qui le nécessitent.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les investigations menées dans les unités de soins ou réalisées dans le cadre des patients traceurs ont objectivé la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge médicamenteuse selon les directives institutionnelles.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est mise en place sur l'ensemble des unités de l'établissement notamment sur les étapes de prescription, validation de l'administration et analyse pharmaceutique. Toutes les prescriptions médicamenteuses sont effectuées sur le support informatique du dossier patient.

Le pharmacien réalise une analyse sur le traitement complet du patient, à chaque nouvelle prescription, celui-ci incluant le traitement personnel du patient. Le pharmacien a accès aux résultats biologiques et éventuelle allergie du patient. La continuité du traitement de l'admission à la sortie est garantie.

La dispensation est globalisée à partir des prescriptions nominatives pour la plupart des unités. En SSR, quelques patients bénéficient d'une délivrance nominative réalisée par les préparatrices en pharmacie.

L'administration des médicaments à risque est codifiée. Par exemple, les ampoules de KCL sont stockées dans une seule unité de l'établissement, dans une boîte scellée par un autocollant indiquant "à diluer". Une affiche décrivant les modalités de dilution est positionnée dans la pharmacie de l'unité.

La sécurisation de l'administration n'est pas assurée. Lors de l'administration, les médicaments ne sont pas tous identifiables dans le pilulier : dans tous les services visités, plusieurs piluliers comprenaient des médicaments déblistérés.

Les médicaments sont préparés dans des contenants dont l'identification au patient n'est pas garantie : les étiquettes d'identification ne sont pas collées sur le pilulier mais juste posées à l'intérieur.

Les solutés à perfuser sont posés sans aucune identification sur le flaconnage (pas de nom du patient, pas de nom du produit).

Les solutés buvables sont préparés dans des gobelets qui sont identifiés par le seul nom du patient inscrit sur le couvercle et non sur le corps du gobelet (risque d'intervertir les couvercles).

En médecine, les traitements à administrer la nuit à l'ensemble des patients concernés sont préparés dans un pilulier "nuit" sur lequel ne figure que le numéro des chambres.

Par ailleurs, en médecine, la préparation se fait à partir de la visualisation de la prescription sur écran (assurance de se référer à la dernière ordonnance en cours). Le traitement de chaque patient est stocké dans l'armoire à pharmacie dans laquelle on retrouve une fiche du traitement qui a pour vocation

d'identifier le casier. Il a été constaté en visite que cette fiche de traitement peut ne pas être la dernière en cours. L'IDE ne se réfère pas à cette fiche mais réalise sa préparation à l'aide d'une autre fiche de traitement qui est rangée dans un classeur et qui regroupe l'ensemble des fiches des patients de l'unité.

Les interfaces entre unités de soins et pharmacie sont fonctionnelles et efficaces.

Les pharmaciens sont quotidiennement en relation avec les médecins des unités de soins, ce qui permet une concertation, une coordination et une communication autour de la prise en charge médicamenteuse.

Les réunions de COMEDIMS, auxquelles l'ensemble des médecins sont invités, permettent également d'améliorer les interfaces entre PUI et unités de soins

Le COMEDIMS s'est réuni 4 fois en 2015. Les comptes-rendus sont accessibles à l'ensemble des professionnels sur l'intranet de l'établissement. Il informe régulièrement la CME de ses travaux. Il élabore des guides et outils d'aides à la prescription. Lors de ces réunions sont également abordées les problématiques autour de l'antibiothérapie.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est que très rarement réalisée. L'établissement a élaboré plusieurs documents d'information sur le bon usage des médicaments à destination des patients. Lors des investigations terrain, les professionnels n'ont pu les nommer, ils ne sont pas à disposition sur l'unité et donc non remis au patient.

L'information donnée oralement n'est pas tracée dans le dossier, comme constaté à travers les patients traceurs.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La stratégie est évaluée à travers le suivi annuel, réalisé avec l'ARS, du Contrat de Bon Usage du Médicament.

Une évaluation périodique sur certaines étapes du processus sont menées, notamment à l'aide d'audits de pratiques professionnelles : audit sur la prescription de l'amoxicilline-acide clavulanique, audit prescription chez la personne âgée, audit réévaluation antibiotique, audit administration.

La pharmacie réalise des contrôles annuels de conformité de la gestion des armoires à pharmacie dans les unités de soins.

La pharmacie a évalué en 2015, dans le cadre du développement ville-hôpital, la satisfaction des pharmaciens d'officine de ville (lettre enquête).

Un bilan a été également réalisé sur le suivi des avis pharmaceutiques à l'issu de l'analyse pharmaceutique.

L'établissement suit l'indicateur "conformité de la rédaction de la prescription médicamenteuse" (IPAQSS) et des indicateurs de consommation des produits pharmaceutiques.

## A / AGIR

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

L'ensemble des démarches d'évaluation conduit à la définition de plans d'actions intégrés, en grande partie, au programme qualité global de l'établissement.

A la suite des déclarations d'événements indésirables, des CREX sont réalisés et des actions d'amélioration proposées.

Les actions d'amélioration portées au compte-qualité sont intégrées au PAQSS de l'établissement.

La communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration est essentiellement réalisée lors des réunions d'instances (COMEDIMS par exemple).

Les cadres de santé informent les équipes des unités de soins des actions d'amélioration à mettre en oeuvre et assurent la communication des résultats des différentes évaluations.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique de la prise en charge médicamenteuse n'a pas défini de dispositions spécifiques au sujet âgé. Le CBUM et la fiche action 6-3 du projet d'établissement définissent la stratégie retenue en matière de prise en charge médicamenteuse : ces deux documents ne proposent aucun objectif spécifique au sujet âgé.	20a
P / Organisation interne	NC	La sécurisation d'accès à la pharmacie à usage intérieur n'est pas effective. La procédure d'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture n'est pas conforme à la réglementation. En effet, elle permet l'accès à du personnel non habilité en dehors de la présence du pharmacien. Toutefois, cette procédure n'est que peu utilisée, des stocks tampons de médicaments urgents permettent aux professionnels de répondre à la majorité des demandes en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas effective. L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est que très rarement tracée et ne s'appuie pas sur les documents mis à disposition. L'établissement a élaboré plusieurs documents d'information sur le bon usage des médicaments à destination des patients. Lors des investigations terrain, les professionnels n'ont pu les nommer, ils ne sont pas à disposition sur l'unité et donc non remis au patient. L'information donnée oralement n'est pas tracée dans le dossier, comme constaté à travers les patients traceurs.	20a bis
	NC	La sécurisation de l'administration n'est pas assurée. Lors de l'administration, les médicaments ne sont pas tous identifiables dans le pilulier. Dans les services visités : - plusieurs piluliers comprenaient des médicaments déblistérés - les étiquettes d'identification ne sont pas collées sur le pilulier mais juste posées à l'intérieur. Les solutés à perfuser sont posés sans aucune identification sur le flaconnage (pas de nom du patient, pas de nom du produit) - les solutés buvables sont préparés dans des gobelets qui sont identifiés par le seul nom du patient inscrit sur le couvercle et non sur le corps du gobelet (risque d'intervertir les couvercles). - en médecine, les traitements à administrer la nuit à l'ensemble des patients concernés sont préparés dans un pilulier "nuit" sur lequel ne figure que le numéro des chambres. - en médecine, la préparation se fait à partir de la visualisation de la prescription sur écran (assurance de se référer à la dernière ordonnance en cours). En SSR, Le traitement de chaque patient est stocké dans l'armoire à pharmacie dans laquelle on retrouve une fiche du traitement qui a pour vocation d'identifier le casier. Il a été constaté en visite que cette fiche de traitement peut ne pas être la dernière en cours. L'IDE ne se réfère pas à cette fiche mais réalise sa préparation à l'aide d'une autre fiche de traitement qui est rangée dans un classeur et qui regroupe l'ensemble des fiches des patients de l'unité.	20a bis





# GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

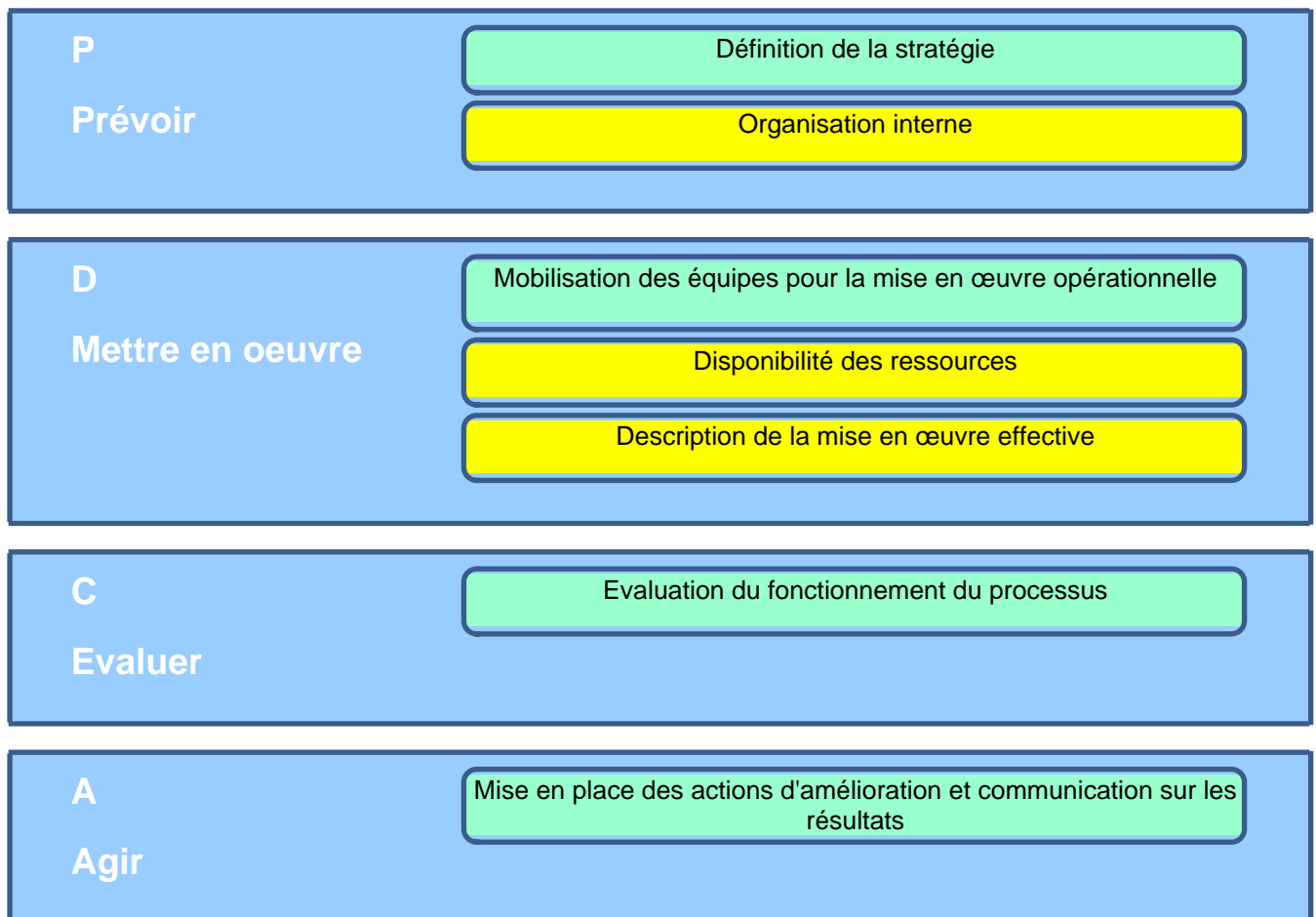
## 1. Caractérisation générale

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'informatisation des principales activités de l'établissement est déclinée depuis 2004, elle correspond aux différents besoins identifiés au sein de la structure. Cependant, il n'est pas retrouvé de schéma directeur formalisé du système d'information décrivant l'existant et les évolutions envisagées pour le déploiement du système, ni de document retraçant la politique menée en matière de sécurisation du système.

Un audit des risques inhérents au système d'information vient d'être récemment effectué par un prestataire extérieur (octobre 2015). Les résultats de l'audit externe ont permis à l'établissement un état des lieux au regard des pré-requis "Hôpital numérique" et d'organiser une réflexion en son sein pour une évolution programmée dans les années futures.

#### ORGANISATION INTERNE

La désignation du Pilote du système d'information est récente, il lui est confié la mise en œuvre et le suivi des ressources matérielles dévolues à l'activité ainsi que la mise en place d'une sécurisation du circuit. Les besoins en ressources humaines ont été quantifiées et l'organisation de la formation des utilisateurs est prévue au travers d'un plan de formation intégrant la formation initiale de formateurs internes puis la déclinaison de la formation aux utilisateurs internes.

Une procédure permettant la mise en œuvre d'un dispositif dégradé de continuité de l'activité sur support papier a été validée très récemment, cependant aucune duplication des sources informatiques, ni duplication des bases de données ne sont opérationnelles (pas de double sauvegarde automatique).

Il n'existe pas de plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne, ce qui ne permet de garantir ni une continuité de la prise en charge, ni une parfaite sécurité de conservation des données. La réflexion a conduit l'établissement à envisager dès 2016 une modification de la structuration physique de son système d'information.

L'établissement a notion des besoins nécessaires en matériel et logiciels nécessaires au déploiement de l'informatisation des différents logiciels nécessaires à l'activité, néanmoins, le programme global d'achat et le déploiement des différentes solutions techniques ne sont pas formalisés, ces derniers étant en cours d'étude de faisabilité technique et financière.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

La mise en place des matériels et logiciels nécessaires au déploiement de l'informatisation de l'activité est sous la responsabilité du pilote du système d'information, récemment nommé. La déclinaison opérationnelle des logiciels métiers est effectuée sous l'égide des référents logiciels identifiés et des cadres de santé.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les utilisateurs ont été formés à l'utilisation de l'outil dès la mise en place des logiciels métiers, les nouveaux arrivants bénéficient d'un encadrement soit dans le temps de tutorat organisé soit de formations ciblées. Chaque évolution logicielle conduit à une mise à jour des compétences des référents, chargés de la déclinaison en interne. Une charte d'utilisation du système d'information est disponible soit dans la gestion documentaire soit sur l'intranet de l'établissement.

Un support de formation est réalisée à chaque mise en place d'une nouvelle version, ce support est à la disposition des utilisateurs au plus près de leur poste de travail.

Les matériels informatiques sont disponibles en nombre suffisant pour permettre une activité conforme pour les professionnels. Les équipements en matériel informatique sont identifiés mais ne répondent pas aux besoins. Dans certains secteurs, les équipements en matériel informatique ne permettent pas une optimisation du fonctionnement : couverture wifi insuffisante en bâtiment médecine - SSR ; pas de mobilité des postes informatique en bâtiment de psychiatrie.

Les patients sont informés de l'utilisation des données recueillies en informatique et de leur droit d'accès et de modification par le livret d'accueil remis lors de leur entrée dans l'établissement.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les logiciels métiers permettent une traçabilité des actions menées par les différents professionnels. Toutefois, la sécurisation du système d'information n'est pas garantie. Il a été constaté lors des visites de service les dysfonctionnements suivants :

- accès aux différents écrans ne correspondant pas aux grades détenus,

- fermeture d'écrans non systématiques,
- code générique permettant l'accès et la création de nouveaux identifiants permanents patients sans traçabilité réelle de l'intervenant.

Les dysfonctionnements font l'objet d'une déclaration par l'intermédiaire des fiches d'évènements indésirables. La taille de l'établissement permet un contact aisé des différents intervenants sans nécessité d'une commission spécifique.

## **C / EVALUER**

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

Un prestataire extérieur a été mandaté pour évaluer la sécurité de son système d'information.

L'évaluation du processus "management de la sécurité du système d'information" ne fait pas l'objet de suivi formalisé. L'établissement a saisi les indicateurs "Hôpital numérique", cependant la sécurité des logiciels métiers n'a pas été analysée pour le moment. Il n'a pas été réalisé d'enquête de satisfaction des professionnels sur l'utilisation des logiciels métiers.

Il n'y a pas de stratégie de communication sur la mise en œuvre du système d'information. En l'absence de plan formalisé, aucune communication n'a été réalisée.

## **A / AGIR**

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

Suite à l'audit externe, une démarche d'amélioration de la sécurisation du système d'information est initiée sous la responsabilité du pilote avec un échéancier pluriannuel défini.

Du fait de la démarche récente d'audit de la sécurisation du système d'information, il n'est pas retrouvé d'actions d'amélioration spécifiques dédiées au système d'information au sein du programme global d'améliorations qualité de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	La politique générale de développement du système d'information et de ses usages n'est pas formalisée au sein d'un schéma directeur du système d'information. Il n'est pas retrouvé de schéma directeur formalisé du système d'information décrivant l'existant et les évolutions envisagées pour le déploiement du système, ni de document retraçant la politique menée en matière de sécurisation du système.	5a
P / Organisation interne	NC	Le système d'information n'est pas sécurisé. Aucune duplication des sources informatiques, ni duplication des bases de données ne sont opérationnelles (pas de double sauvegarde automatique). Il n'existe pas de plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne ; ce qui ne permet de garantir ni une continuité de la prise en charge, ni une parfaite sécurité de conservation des données. La réflexion a conduit l'établissement à envisager dès 2016 une modification de la structuration physique de son système d'information.	5a
	NC	La sécurité des données n'est pas formalisée. Le programme global d'achat et le déploiement des différentes solutions techniques ne sont pas formalisés, ces derniers étant en cours d'étude de faisabilité technique et financière.	5b
D / Disponibilité des ressources	NC	Les équipements en matériel informatique ne répondent pas aux besoins. Dans certains secteurs, les équipements en matériel informatique ne permettent pas une optimisation du fonctionnement : couverture wifi insuffisante en bâtiment médecine - SSR ; pas de mobilité des postes informatique en bâtiment de psychiatrie.	5a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La sécurisation du système d'information n'est pas garantie. Il a été constaté lors des visites de service les dysfonctionnements suivants : - accès aux différents écrans ne correspondant pas aux grades détenus, - fermeture d'écrans non systématiques, - code générique permettant l'accès et la création de nouveaux identifiants permanents patients sans traçabilité réelle de l'intervenant.	5b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation du processus "management de la sécurité du système d'information" ne fait pas l'objet de suivi formalisé. La sécurité des logiciels métiers n'a pas été analysée pour le moment. Il n'a pas été réalisé d'enquête de satisfaction des professionnels sur l'utilisation des logiciels métiers.	5b
	PS	La stratégie de communication n'est pas définie. En l'absence de plan formalisé, aucune communication n'a été réalisée.	5b
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le système d'information n'a pas fait l'objet d'actions d'amélioration.  Du fait de la démarche récente d'audit de la sécurisation du système d'information, il n'est pas retrouvé d'actions d'amélioration spécifiques dédiées au système d'information au sein du programme global d'améliorations qualité de l'établissement.	5a

## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	Les représentants des usagers n'ont pas été associés à la définition de la politique qualité -gestion des risques de l'établissement. L'établissement n'a pas sollicité la participation des représentants des usagers pour l'élaboration du compte qualité, ni pour le programme d'amélioration qualité, gestion des risques.	2b
	D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas actualisée. Toutefois, bien qu'organisée par la cellule qualité, la révision régulière des procédures n'est pas tracée et ne permet pas d'assurer la mise à disposition des versions opérationnelles et actualisées.	5c
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas défini d'indicateurs de pratique clinique. Il n'a pas été défini d'indicateurs de pratique clinique, ni de mise en oeuvre de démarches EPP ou RMM.	28a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	La communication sur les résultats des démarches propres au service mais également des résultats établissement n'est pas formalisée. Les professionnels interrogés n'étaient que peu renseignés sur les niveaux de qualité atteints par l'établissement.	1e
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	La hiérarchisation des risques n'est pas définie de manière participative. Le choix des risques à inscrire au compte-qualité a été réalisé au niveau du service qualité. La hiérarchisation des risques inscrits au compte-qualité a été réalisé sans participation des professionnels. La CRU, simplement informée, n'a pas participé à l'élaboration du compte qualité. Les comptes rendus des réunions de la CRUQPC n'ont pas été systématiquement retrouvés.	1d
	P / Organisation interne	PS	L'organisation concernant le recueil du consentement du patient est peu structurée.  Les situations requérant le consentement éclairé du patient ne sont pas clairement identifiées. Le refus de soins fait l'objet d'une démarche plus informelle que structurée. Seule, la sortie contre avis médical fait l'objet d'une procédure et d'une organisation.	11b
	D / Disponibilité des ressources	PS	Le recueil du consentement du patient n'est pas structuré. Il n'existe pas de support spécifique dans le dossier patient informatisé permettant de matérialiser la participation du patient à son projet de soins. Les staffs pluridisciplinaires consacrées à ce sujet sont peu nombreux, le corps médical n'y participe pas systématiquement (santé mentale). Leurs contenus quant ils existent sont succincts dans le DPI.	11a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
		NC	Il n'existe pas de projet de soins ni de procédure permettant au patient de valider son accord à être admis dans une unité fermée. Lors des visites, il été constaté dans toutes les unités, que toutes les sorties temporaires des patients hospitalisés (à l'extérieur de l'enceinte) étaient conditionnés systématiquement par une validation médicale ainsi que par une autorisation écrite du directeur ou de son représentant (lors des gardes administratives). L'établissement n'est pas habilité a recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement dans des unités fermées. Cependant, l'unité de gérontopsychiatrie "Esquirol" qui accueille uniquement des patients en service libre est une unité "fermée. L'accès à cette unité de santé mentale (tant en entrée qu'en sortie) est gérée par les soignants ou par l'utilisation de code d'accès. Il n'existe pas de projet de soins ni de procédure permettant au patient de valider son accord à être admis dans une unité fermée.	10e
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La confidentialité n'est pas respectée dans tous les cas. Lors de la transmission en ligne des résultats de biologies s'il n'y a pas une concordance exhaustive des données patients, ces résultats sont transmis dans le logiciel patient OSIRIS sur une page accessible à tous les soignants. Les informations médicales sont transmises au patients dans les chambres à deux lits.	10c
		NC	La déclaration des décès n'est pas systématique. La mise en place d'un système électronique de déclaration des décès est effective sur le département depuis le début de l'année 2015. La déclaration des décès est systématique mais, parfois, le constat médical sur place n'est pas réalisé.	10e
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La démarche d'amélioration qualité mise en œuvre dans l'établissement bénéficie d'une implication partielle de la communauté médicale. Le PAQ 2015/2019 comprend des actions d'amélioration en lien avec les pratiques soignantes et ne fait pas état d'actions concrètes en lien avec les pratiques médicales.	1g
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les objectifs assignés aux différentes activités ne sont pas clairement établis Il n'existe pas de projets de services. Il manque des objectifs précis sur la qualité et sécurité du parcours du patient. Il n'existe pas d'évaluation des pratiques permettant d'évaluer la pertinence des prises en charges et des transferts comme cela est identifié comme un risque dans le compte-qualité.	18a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité du projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfice-risque, n'est pas exhaustive. Le projet de soins personnalisé n'est pas tracé dans toutes les prises en charge. Sa réévaluation peut varier en lien avec la périodicité des observations médicales.	17a
		NC	Les observations médicales ne sont pas tracées régulièrement. Il a été constaté qu'aucune observation du psychiatre n'a été tracée pendant 4 semaines en santé mentale.	17a
		PS	L'organisation de la coordination avec les professionnels extra-hospitaliers, des programmes d'ETP n'est pas effective.	23a



Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			En absence de formation ou sensibilisation sur le sujet, les professionnels ne mettent pas en œuvre le dispositif d'orientation des patients sur des programmes identifiés.	
		NC	La continuité des informations médicales relatives à la sortie n'est pas assurée. La continuité des informations médicales relatives à la sortie peut faire défaut par non respect des envois des comptes-rendus d'hospitalisation ou par non respect des délais d'envoi réglementaire.	24a
		PS	Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est peu structuré. La traçabilité n'est pas retrouvée dans le dossier du patient. Une échelle d'évaluation du risque a été proposée par l'équipe de cadres soignants, mais elle n'a pas été adoptée par la communauté médicale.	23a
		PS	L'intégration du volet somatique n'est pas intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale. L'organisation de la prise en charge somatique en santé mentale est récente. Son dispositif n'est pas encore structuré, formalisé, ni évalué.	17b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	La communauté médicale n'a pas mis en œuvre de démarches d'évaluations de pratique professionnelles. Il n'existe pas d'évaluation périodique des activités permettant d'informer les professionnels sur leurs résultats et de les sensibiliser aux bonnes pratiques que l'établissement se serait fixé. Il a été constaté peu d'implication de la communauté médicale. Il n'existe pas d'EPP ni de RMM sur les thèmes du parcours du patient.	28a
		PS	Le dispositif d'évaluation du processus n'est pas réalisé de manière périodique. Il n'existe pas de suivi de ces actions dans un programme d'actions institutionnel.	17a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration proposées par l'encadrement soignant n'ont pas encore été mises en œuvre et n'ont pas fait l'objet de communication. Ces actions n'ont pas été validées par la communauté médicale.	18a
	Dossier patient	P / Définition de la stratégie	PS	La politique de déploiement du dossier patient n'est pas formalisée. Il n'est pas retrouvé de document formalisant ni cette politique, ni le recensement des risques inhérents à ce processus. Le thème du dossier patient n'est pas retrouvé ni au sein du programme d'amélioration qualité sanitaire 2015-2019, validé aux instances, ni au sein de la politique qualité validée par le directeur et le président de CME en date de juin 2015. Il n'a pas été retrouvé trace de la réflexion de la communauté médicale quant à la mise à disposition des dossiers patients à l'intégralité des médecins de l'institution.
P / Organisation interne		PS	Les règles d'utilisation du dossier du patient ne sont pas formalisées. Il n'est pas formalisé de guide d'utilisation du dossier patient informatisé, retraçant les règles d'accès et les responsabilités des données saisies par les	2a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			professionnels.	
	D / Disponibilité des ressources	PS	L'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier n'est pas complète. Certains domaines ne sont pas traités (fusion de Dossiers, Gestion des Doublons, création d'identité sur logiciel administratif) au sein de la gestion documentaire ou font l'objet d'une organisation par les professionnels de terrain non partagée par l'institution (archivage des dossiers médicaux).	14a
		PS	La traçabilité des données ne sont pas tracées en temps réel dans le dossier du patient. Dans le bâtiment de médecine-SSR, la couverture wi-fi ne permet pas une utilisation optimale des ordinateurs portables dans tout le service. Par ailleurs, la saisie en temps réel ne peut pas être réalisée en santé mentale, les ordinateurs mis à disposition n'étant pas mobiles.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les modalités de partage des informations relatives au patient ne garantissent pas le respect de la confidentialité. La sécurité de l'accès aux données du patient n'est pas totalement garantie même si chaque professionnel bénéficie d'accès sécurisé (identifiant professionnel unique et mot de passe personnalisé), la fermeture des sessions ou écrans en cas d'inutilisation n'est effective qu'après 15 minutes d'inactivité, accès possible aux écrans dédiés métiers par d'autres professionnels de grade différents, accès possible à chaque professionnel à tous les dossiers des patients hospitalisés dans l'établissement, les résultats de laboratoire (non affectés) sont visualisables par l'ensemble des professionnels des services.	10c
		PS	La traçabilité des données ne sont pas tracées en temps réel dans le dossier du patient. Bien que disponibles dans tous les services de soins, les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels soignants n'intègrent pas l'ensemble des services participant à la prise en charge du patient. Le dossier de soins du patient n'est cependant pas mis à disposition des professionnels de l'imagerie médicale (personnel extérieur à l'établissement). Aucun autre document n'est prévu pour suppléer à cette problématique.	14a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les différents secteurs d'activité clinique n'ont pas mis en œuvre de démarches d'EPP. Il n'a pas été mis en œuvre d'évaluation des pratiques professionnelles pour ce qui concerne l'utilisation du dossier patient informatisé.	28a
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	P / Définition de la stratégie	NC	L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis. La stratégie de l'établissement n'est ni élaborée ni formalisée. A défaut d'élaboration et de formalisation, cette stratégie, n'est pas présentée et validée par les instances concernées et n'est pas déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La communauté médicale n'est pas représentée dans la cellule qualité (le	15a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			médecin DIM ou un autre médecin ne sont présents dans cette cellule d'identitovigilance). Le manuel Qualité élaboré en juin 2015 ne fait pas état de l'identito-vigilance.	
	P / Organisation interne	NC	Les professionnels de soins enregistrant les admissions ne sont pas formés à l'identito-vigilance. Les personnels de l'accueil ne sont pas formés. Le plan de formation ne fait apparaître aucune autre formation sur le sujet sur les années 2014/, 2015 et 2016.	15a
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	L'organisation et les moyens de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ne sont pas définis. Les objectifs assignés aux au service administratif et unités de soins n'ont pas encore été établis à ce jour : Absence de documents qualité, de modalités d'évaluation et d'actions concrètes d'amélioration.	15a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les procédures concernant l'identitovigilance ne sont pas toutes formalisées. La charte d'identitovigilance créée en 2011 et non réactualisée ne prévoit pas le contrôle de l'identité du patient avec la carte de l'identité ou tout autre document officiel. Absence de procédure concernant : - Les missions , la composition et le fonctionnement de la cellule d'identito-vigilance; -Procédure de gestion des admissions à l'entrée; -Procédure concernant la création des dossiers en dehors de l'ouverture du bureau des admissions; -Bonnes pratiques pour vérifier l'identité dans les unités de soins. -Modalités de fonctionnement entre la cellule-identitovigilance, le service informatique et la CME. - Procédure concernant la fusion et la réparation des collisions.	15a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La procédure d'identification du patient n'est pas mise en œuvre de manière conforme. Le contrôle de l'identité du patient n'est pas réalisé avec sa carte d'identité, son passeport ou le cas échéant, sa carte de séjour. Aucune pièce d'identité n'est demandée au patient le jour de son entrée au bureau administratif. Certaines admissions sont faites depuis les unités de soins sans contrôle des documents d'identité du patient. La création d'un dossier administratif, générant l'ouverture du dossier informatisé du patient, est réalisé par l'infirmier de l'unité de soins durant la fermeture du bureau des admissions. Cet enregistrement n'est pas réalisé au regard de pièce d'identité du patient. Les donnée saisies sont transmises par les patients concernés (oralement ou par écrit ). Cette pratique n'est pas encadrée par une procédure. Toutefois, un dispositif de traçabilité transmet cet enregistrement au bureau des entrées qui, le lendemain ou au moment de son ouverture, vérifie la conformité de la pratique effectuée.	15a
		NC	Les procédures ne garantissent pas une concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription.	15a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Certaines pratiques comportent un risque vis à vis du risque d'erreur du patient : préparation anticipée des produits destinés aux traitements par perfusion sur les paillasse; non-identification nominative des poches de perfusions; étiquettes 'volantes', non collées, dans les piluliers.	
		PS	En santé mentale, dans l'unité de maladies chroniques, la vérification de l'identité du patient ne repose pas sur un dispositif structuré et formalisé. Les patients ne portent pas de bracelet d'identification. Il n'existe pas d'autre dispositif. Il n'y a pas de conduite à tenir particulière.	15a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif d'évaluation périodique de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas en place. Les erreurs identifiées et les corrections apportées font l'objet d'un suivi informel, un seul audit a été initié, sans être abouti à ce jour (résultats, analyse, points de progrès, indicateurs de suivi). En l'absence de dispositif structuré d'évaluation de la thématique, il n'existe pas d'indicateur de suivi et de tableau de bord.	15a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions au regard de l'évaluation des risques faite ne sont pas menées. Au moment de la visite, aucune action concrète n'a été réalisée au regard de l'évaluation faite des risques. Seule une action intitulée "relancer les travaux de la cellule d'identito-vigilance" a été initiée avec la formation de 2 jours réalisée à l'automne 2015.	15a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La politique de la prise en charge médicamenteuse n'a pas défini de dispositions spécifiques au sujet âgé. Le CBUM et la fiche action 6-3 du projet d'établissement définissent la stratégie retenue en matière de prise en charge médicamenteuse : ces deux documents ne proposent aucun objectif spécifique au sujet âgé.	20a
	P / Organisation interne	NC	La sécurisation d'accès à la pharmacie à usage intérieur n'est pas effective. La procédure d'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture n'est pas conforme à la réglementation. En effet, elle permet l'accès à du personnel non habilité en dehors de la présence du pharmacien. Toutefois, cette procédure n'est que peu utilisée, des stocks tampons de médicaments urgents permettent aux professionnels de répondre à la majorité des demandes en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas effective. L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est que très rarement tracée et ne s'appuie pas sur les documents mis à disposition. L'établissement a élaboré plusieurs documents d'information sur le bon usage des médicaments à destination des patients. Lors des investigations terrain, les professionnels n'ont pu les nommer, ils ne sont pas à disposition sur l'unité et donc non remis au patient. L'information donnée oralement n'est pas tracée dans le dossier, comme constaté à travers les patients traceurs.	20a bis
		NC	La sécurisation de l'administration n'est pas assurée. Lors de l'administration, les médicaments ne sont pas tous identifiables dans le pilulier.	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>Dans les services visités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plusieurs piluliers comprenaient des médicaments déblistérés</li> <li>- les étiquettes d'identification ne sont pas collées sur le pilulier mais juste posées à l'intérieur. Les solutés à perfuser sont posés sans aucune identification sur le flaconnage (pas de nom du patient, pas de nom du produit)</li> <li>- les solutés buvables sont préparés dans des gobelets qui sont identifiés par le seul nom du patient inscrit sur le couvercle et non sur le corps du gobelet (risque d'intervertir les couvercles).</li> <li>- en médecine, les traitements à administrer la nuit à l'ensemble des patients concernés sont préparés dans un pilulier "nuit" sur lequel ne figure que le numéro des chambres.</li> <li>- en médecine, la préparation se fait à partir de la visualisation de la prescription sur écran (assurance de se référer à la dernière ordonnance en cours). En SSR, Le traitement de chaque patient est stocké dans l'armoire à pharmacie dans laquelle on retrouve une fiche du traitement qui a pour vocation d'identifier le casier. Il a été constaté en visite que cette fiche de traitement peut ne pas être la dernière en cours. L'IDE ne se réfère pas à cette fiche mais réalise sa préparation à l'aide d'une autre fiche de traitement qui est rangée dans un classeur et qui regroupe l'ensemble des fiches des patients de l'unité.</li> </ul>	
Gestion du système d'information	P / Définition de la stratégie	NC	<p>La politique générale de développement du système d'information et de ses usages n'est pas formalisée au sein d'un schéma directeur du système d'information.</p> <p>Il n'est pas retrouvé de schéma directeur formalisé du système d'information décrivant l'existant et les évolutions envisagées pour le déploiement du système, ni de document retraçant la politique menée en matière de sécurisation du système.</p>	5a
	P / Organisation interne	NC	<p>Le système d'information n'est pas sécurisé.</p> <p>Aucune duplication des sources informatiques, ni duplication des bases de données ne sont opérationnelles (pas de double sauvegarde automatique).</p> <p>Il n'existe pas de plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne ; ce qui ne permet de garantir ni une continuité de la prise en charge, ni une parfaite sécurité de conservation des données. La réflexion a conduit l'établissement à envisager dès 2016 une modification de la structuration physique de son système d'information.</p>	5a
		NC	<p>La sécurité des données n'est pas formalisée.</p> <p>Le programme global d'achat et le déploiement des différentes solutions techniques ne sont pas formalisés, ces derniers étant en cours d'étude de faisabilité technique et financière.</p>	5b
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les équipements en matériel informatique ne répondent pas aux besoins.</p> <p>Dans certains secteurs, les équipements en matériel informatique ne permettent pas une optimisation du fonctionnement : couverture wifi insuffisante en bâtiment médecine - SSR ; pas de mobilité des postes informatique en bâtiment de psychiatrie.</p>	5a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La sécurisation du système d'information n'est pas garantie. Il a été constaté lors des visites de service les dysfonctionnements suivants : - accès aux différents écrans ne correspondant pas aux grades détenus, - fermeture d'écrans non systématiques, - code générique permettant l'accès et la création de nouveaux identifiants permanents patients sans traçabilité réelle de l'intervenant.	5b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation du processus "management de la sécurité du système d'information" ne fait pas l'objet de suivi formalisé. La sécurité des logiciels métiers n'a pas été analysée pour le moment. Il n'a pas été réalisé d'enquête de satisfaction des professionnels sur l'utilisation des logiciels métiers.	5b
		PS	La stratégie de communication n'est pas définie. En l'absence de plan formalisé, aucune communication n'a été réalisée.	5b
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le système d'information n'a pas fait l'objet d'actions d'amélioration. Du fait de la démarche récente d'audit de la sécurisation du système d'information, il n'est pas retrouvé d'actions d'amélioration spécifiques dédiées au système d'information au sein du programme global d'améliorations qualité de l'établissement.	5a