



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

40 rue des oiseaux
36400 La Chatre
MAI 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	29
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	34
ANNEXE	40

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE 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	25	3
SSR	SSR	35	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Parcours du patient
Dossier patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

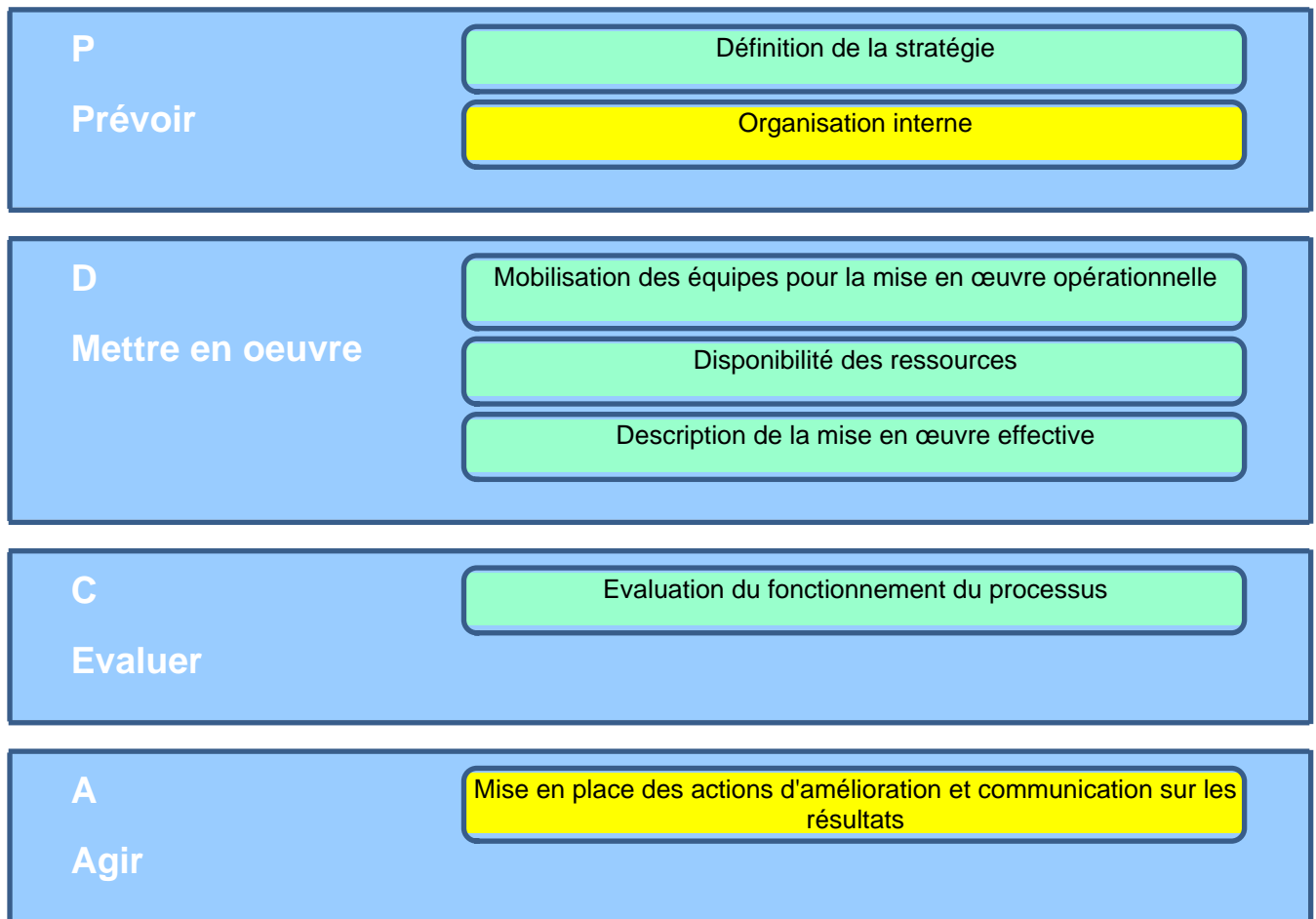
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques (QGR) du CH La Châtre (CHLC), mise à jour en 2017, vise à « aboutir aux meilleurs soins en terme de qualité et de sécurité pour les usagers du CH, et ce dans les meilleures conditions possibles pour l'ensemble des acteurs hospitaliers ». Elle engage la Direction, la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et l'ensemble des professionnels sur la base d'objectifs opérationnels identifiés. Ces derniers sont sous tendus dans les axes stratégiques du « projet qualité, sécurité et gestion des risques » intégrés au Projet d'Etablissement 2018-2022, à savoir :

- Promouvoir la bientraitance, l'éthique et le respect du droit des patients.
- Consolider la politique qualité et gestion des risques et l'inscrire dans une dynamique globale.
- Formaliser les bonnes pratiques.

Ces orientations sont identifiées au regard des recommandations de bonnes pratiques, des obligations réglementaires et du référentiel HAS.

La stratégie de développement des EPP est formalisée dans une politique validée par le Directeur et le Président de CME (mise à jour mai 2018). Elle définit les modalités d'ouverture, de suivi et de communication d'une EPP.

Le CHLC s'est saisi du Compte Qualité (CQ) pour structurer sa démarche qualité. Ainsi en fonction de leurs compétences et responsabilités des groupes de pilotage ont été mis en place pour chacun des processus du tronc commun. Les risques ont été analysés et hiérarchisés pour chacun des processus par le groupe de pilotage en lien. Ils ont été définis au regard des signalements des événements indésirables, des obligations réglementaires et majoritairement au regard des écarts du précédent rapport de certification. En réponse à ces risques, des actions d'amélioration sont programmées. Le CQ a été présenté, au travers des plans d'actions (PAQ), en réunion de CME et via les séances « Flash info » aux professionnels.

Un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel est formalisé de façon pluriannuelle. Toutefois, il ne répond pas à l'ensemble des attendus en termes d'élaboration, d'évaluation par la CME, de priorisation des actions ou encore de modalités de suivi. Ce programme ne prend pas en compte les actions issues des EPP (patient traceur), de l'analyse a posteriori des risques (EI, CREX) et de l'exploitation des plaintes et réclamations. L'origine des actions n'apparaît pas explicitement. Certaines échéances ne sont pas définies et d'autres présentent une incohérence au regard des enjeux (formalisation des comptes rendus de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins, action planifiée sur 24 mois 2018-2019 et non débutée, idem pour l'action concernant l'actualisation du Règlement Intérieur CME). Le PAQ en réponse aux résultats des indicateurs nationaux généralisés (IQSS) n'apparaît pas dans le programme d'action institutionnelle. Enfin, ce programme ne fait pas l'objet d'une priorisation sur des critères explicites. En conséquence, il ne reflète pas la déclinaison opérationnelle des actions portées par l'institution et ne peut être appréhendé comme un véritable outil de pilotage de la politique QGDR.

Les représentants des usagers (RU) ont été associés dans la réflexion des groupes de pilotage des processus « droits des patients » et « management de la qualité et risque » ainsi que dans les réunions de travail dédiées à la formalisation du Projet d'Etablissement. Ils sont également associés à la politique QGDR dans le cadre des réunions CDU (point qualité en systématique prévu à l'ordre du jour).

ORGANISATION INTERNE

Le CHLC a établi une organisation pour piloter son processus. Le Manuel Qualité (MAQ) qui intègre la politique définit la structuration de la démarche. Ainsi, le management stratégique et politique est confié au COPIL QGDR, instance pluri professionnelle (président de CME, personnel d'encadrement, correspondants des vigilances, RU, ingénieur qualité,...) dont les missions sont de veiller à la définition, à la mise en œuvre, à la coordination et au suivi du projet qualité et gestion des risques.

Le management opérationnel, sous contrôle du COPIL QGDR, est confié aux groupes de pilotage des processus. En ce sens, les pilotes avec l'aide de leur groupe de travail désigné, sont chargés de veiller au bon fonctionnement du processus selon la méthode PDCA.

Toutefois l'organisation interne nécessaire à la mise en œuvre de la politique QGR n'est pas totalement aboutie. L'organisation de la coordination et de la gouvernance des activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité n'est pas totalement opérationnelle.

Le COPIL qualité récemment créé ne se réunit pas selon la périodicité annoncée, ne dispose pas de règlement intérieur, ne formalise pas de compte-rendu. La Cellule des EI ne dispose pas de règlement intérieur et il n'a pas été retrouvé de traçabilité de suivi sur l'intranet de l'établissement depuis juin 2017 (ce point est en rapport avec une nouvelle organisation en cours de définition). Les groupes processus ne formalisent pas de compte-rendu ou relevés de conclusion, ils se limitent à mettre à jour le PAQ de leur processus. Il n'existe pas d'espace de coordination des veilles sanitaires et vigilances. Les temps dédiés aux fonctions de coordination de GDRAS et de la RQPECM ne sont pas formalisés dans une fiche de missions. La CME bénéficie régulièrement de communications de l'ingénieur qualité sur la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; cependant il n'a pas été constaté d'initiative de la part de la communauté médicale quant à l'impulsion et à l'orientation de la politique qualité et du PAQSS.

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

Concernant les ressources humaines, l'établissement prévoit les moyens et compétences. Une responsable qualité est identifiée. Elle assure les fonctions de coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins (GDRAS), de responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse (RQPECM) et de technicienne TIM (information médicale). Les correspondants des vigilances sont désignés (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, identitovigilance). Une fiche technique répertorie par vigilance, les correspondants, leurs coordonnées ainsi que les champs d'intervention.

La veille règlementaire est organisée par les différents responsables sur leur corps de métier respectif.

L'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires au management de la qualité et gestion des risques est organisée par la politique formation et par les actions de sensibilisation menées en interne. Sur ces principes, des actions de formation sont prévues en 2019 sur la qualité et la gestion des risques (« faire vivre la démarche qualité après la certification »), sur le cœur de métier (pansements, plaies et cicatrisations, équilibre alimentaire et santé, contention) et sur des formations qualifiantes (Diplôme Universitaire douleur, préparatrice en pharmacie,...). Des actions de sensibilisations lors de journées à thème sont organisées en interne (pour exemple sur la semaine sécurité des patients en 2018 : actions d'informations durant trois jours sur la personne de confiance - les directives anticipées – la CDU – l'hygiène des mains,...). L'intégration des nouveaux arrivants est prévue sur un temps de doublage. L'élaboration d'une check-list des éléments essentiels à transmettre à tout nouvel arrivant est en cours d'organisation.

L'établissement prévoit ses ressources documentaires pour organiser son système qualité. La diffusion aux équipes repose sur un support numérique (Gestion Electronique Documentaire). La GED regroupe des supports d'aide et d'accompagnement à la prise en charge et au fonctionnement des services (procédures, protocoles, fiches techniques,...). Le système qualité et gestion des risques est documenté (procédures : « signalement des évènements indésirables », « plan blanc », « fiche technique : les vigilants au CHLC », « réception d'alertes et/ou vigilances », Charte « engagement de non punition des erreurs », « procédure Traitement des plaintes et réclamations », « procédure de traitement des questionnaires de satisfaction », « transport des produits sanguins labiles »...).

Toutefois, le dispositif de gestion documentaire en place n'est pas finalisé. Le plan d'actualisation des documents qualité issu de la précédente visite de certification reste en cours. Des procédures relevant du SMQ ne sont pas en cohérence avec le fonctionnement observé ou présentent des incohérences (procédure de rédaction des procédures, procédure d'évaluation des documents qualité, support d'enregistrement et d'évaluation institutionnels de la gestion documentaire, procédure de déclaration de matériovigilance faisant état d'un effet indésirable médicamenteux en point de départ du signalement,...). Les actualisations ne prennent pas toujours en compte les éléments issus des recommandations de bonnes pratiques (pièces de validation de l'identité admissibles en identitovigilance par exemple). Cette situation est en rapport avec l'arriéré des mises à jour à opérer en réponse à l'écart de la précédente itération. Elle est susceptible de constituer une source d'erreur et/ou de confusion de pratiques pour un professionnel.

En termes de matériel, le dispositif de gestion de la qualité et des risques s'appuie sur le dispositif informatique pour l'accès à la documentation (GED) et le signalement des EI. Des ordinateurs, disponibles dans tous les services, permettent l'accès des professionnels à ces ressources. En cas de dysfonctionnement informatique, l'assistance des utilisateurs est organisée par le service informatique interne. La maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux est organisée par contrat par une tierce maintenance.

L'implication des Représentants des Usagers (RU) est organisée. Ils sont informés de la politique qualité et des projets en cours lors des réunions de la CDU et des réunions de pilotage des processus « droits des patients » et « MQGDR ». Ils sont intégrés au dispositif de recueil de la satisfaction des usagers et de gestion de plaintes.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée par la responsable qualité (RAQ), gestionnaire des

risques associés aux soins et responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. En ce sens, ce sont les pilotes de processus qui sont chargés du déploiement opérationnel du programme en lien avec les personnes ressources.

La RAQ assure l'accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Elle donne des informations qualité et risques à l'occasion des séances « Flash Info » (signalement des EI, identitovigilance,...). La participation à des journées à thème concourt également à la sensibilisation des professionnels (pour exemple sur la semaine sécurité des patients diverses actions sont menées : hygiène des mains, CDU,... en 2018 et « Serious Game parcours du patient », pilulier des « horreurs », test sur la conciliation médicamenteuse en 2017).

La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues est effectuée dans le cadre d'évaluations institutionnelles (patients traceurs, EPP) et d'évaluations informelles lors d'observations de pratiques (bracelet d'identité, accès aux écrans DPI) ou d'audits de dossiers (traçabilité de la prise en charge dans le DPI).

En cas de besoin, des actions correctives sont identifiées en associant les professionnels (formalisation d'une affiche pour la prévention des chutes dans le cadre d'un CREX) ou des rappels de pratiques sont effectués (mise en place des présences, validation des médicaments,...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en termes de méthode sur la qualité et la gestion des risques sont effectives : responsable qualité - coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins. Des référents sont identifiés dans les services (pour exemple : référents dossier patient informatisé, médicament, soins palliatifs, hygiène, antibiotiques).

Le dispositif de signalement des événements indésirables et de gestion documentaire est disponible dans tous les services depuis les postes informatiques. 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, d'informer les équipes de l'évolution des démarches au sein du service et de l'évolution des démarches de l'établissement.

Le matériel nécessaire à la réalisation des activités et de la prise en charge des patients est effectif.

La gestion des réclamations et des plaintes est opérationnelle et associe les responsables et les professionnels de terrain, si besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie en termes de système de management de la qualité (documentation, signalement EI, patient traceur, plaintes et réclamations,...) et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Ils accèdent depuis leur poste de travail au module de gestion documentaire informatique pour retrouver les documents utiles à leur exercice. Les documents originaux signés sont conservés par la responsable qualité.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est connu et mis en œuvre.

En cas d'évènement grave, le signalement fait l'objet d'une analyse de causes profondes en CREX (méthodologie ORION), en associant les professionnels concernés (nombre d'analyses en progression). Le CHLC apporte une vigilance particulière sur le dispositif de signalement (priorité inscrite dans le Projet d'Etablissement 2018-2022) et encourage les professionnels à signaler (charte d'incitation au signalement « engagement de non punition des erreurs »).

Les EPP sont déployées et suivies en CME (plan d'actions).

L'établissement est amené à réaliser des transfusions. Les organisations liées à cette pratique sont connues, mises en œuvre et le personnel est formé. L'hémovigilant travaille en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Concernant le dispositif d'alertes sanitaires, il est opérationnel 24/24 et 7/7, connu par les professionnels et appliqué. Le pharmacien archive toutes alertes (pharmacovigilance et matériovigilance pour les DMS) reçues et assure une traçabilité et le retour/ou destruction du produit si l'établissement a été concerné (lot retiré, date et signature).

Le dispositif de gestion de crise a été mis à jour (octobre 2017) et l'opérationnalité de la procédure est testée sur les périodes de canicule.

Le recueil de la satisfaction des patients est effectif et constitue un axe de travail quant au taux de retour. Les professionnels participent au circuit des plaintes et réclamations en faisant remonter au responsable de service les éventuelles insatisfactions exprimées. L'analyse des questionnaires de sortie ainsi que les plaintes et les réclamations sont suivies dans le cadre de la CDU. Un retour sur les EI et un point sur l'avancée de la démarche qualité sont systématiquement effectués.

Les RU sont informés et associés aux réflexions menées par le CHLC. Dans le cadre de leurs missions, ils ont été associés à la semaine sécurité des patients (2018) ou encore à retravailler le questionnaire de satisfaction.

Les circuits sont respectés et les interfaces nécessaires au système de management de la qualité sont connues (circuit destiné à la GED, circuit d'un signallement EI, circuit des vigilances sanitaires, modalités permettant d'engager une EPP,...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement conduit des évaluations du processus management de la qualité et gestion des risques. Des cartographies des risques ont été déployées à l'occasion de l'élaboration du CQ. L'analyse des FEI a conduit à la mise en place de CREX interne (5 en 2018) et inter-établissement (1 en 2018 avec le CH de Châteauroux). Des patients traceurs ont été menés (8 en 2018). Des EPP sont en place (contention, dossier).

Le recueil des indicateurs Hôpital Numérique et des indicateurs nationaux généralisés (IQSS) est assuré. L'évaluation de la satisfaction des usagers et des plaintes et réclamations est réalisée en lien avec la CDU.

Un tableau de bord avec suivi d'indicateurs a été mis en place récemment (indicateurs internes dont des indicateurs sur le système de management de la qualité).

A / AGIR

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

Le suivi des actions de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le groupe de pilotage (4 réunions par an).

Toutefois, les indicateurs, tableaux de bord ne sont pas aboutis. Les résultats obtenus suite aux évaluations du SMQ et de la qualité et sécurité des soins ne donnent pas lieu à un bilan et à une révision périodique de politique qualité.

Suite à la précédente itération, l'établissement a développé ses démarches d'évaluation. L'établissement dispose des résultats d'évaluation et d'indicateurs du SMQ colligés dans un tableau de bord. Il dispose également d'autres résultats d'évaluation dont les IQSS. Les résultats ne sont pas partagés selon un dispositif constant (examen au sein des instances, réunions de direction, communication aux professionnels...) et leur exploitation n'est pas toujours effective. Ce constat concerne également les autres processus audités. Le précédent rapport faisait déjà état d'une insuffisance de connaissance de ces données par les professionnels.

La communication des résultats et actions est réalisée en séances de "Flash Info". Un point qualité est fait en systématique en CME et en réunion CDU. En externe, l'établissement communique les indicateurs IQSS via l'affichage au public.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel ne répond pas à l'ensemble des attendus en termes d'élaboration, d'évaluation par la CME, de priorisation des actions ou encore de modalités de suivi.</p> <p>Ce programme ne prend pas en compte les actions issues des EPP (patient traceur), de l'analyse a posteriori des risques (EI, CREX) et de l'exploitation des plaintes et réclamations. L'origine des actions n'apparaît pas explicitement. Certaines échéances ne sont pas définies et d'autres présentent une incohérence au regard des enjeux (formalisation des comptes rendus de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins, action planifiée sur 24 mois 2018-2019 et non débutée, idem pour l'action concernant l'actualisation du Règlement Intérieur CME). Le PAQ en réponse aux résultats des indicateurs nationaux généralisés (IQSS) n'apparaît pas dans le programme d'action institutionnelle. Enfin, ce programme ne fait pas l'objet d'une priorisation sur des critères explicites. En conséquence, il ne reflète pas la déclinaison opérationnelle des actions portées par l'institution et ne peut être appréhendé comme un véritable outil de pilotage de la politique QGDR.</p>	8a
P / Organisation interne	NC	<p>Le dispositif de gestion documentaire en place n'est pas finalisé.</p> <p>Le plan d'actualisation des documents qualité issu de la précédente visite de certification reste en cours. Des procédures relevant du SMQ ne sont pas en cohérence avec le fonctionnement observé ou présentent des incohérences (procédure de rédaction des procédures, procédure d'évaluation des documents qualité, support d'enregistrement et d'évaluation institutionnels de la gestion documentaire, procédure de déclaration matériovigilance faisant état d'un effet indésirable médicamenteux en point de départ du signalement,...). Les actualisations ne prennent pas toujours en compte les éléments issus des recommandations de bonnes pratiques (pièces de validation de l'identité admissibles en identitovigilance par exemple).</p> <p>Cette situation est en rapport avec l'arriéré des mises à jour à opérer en réponse à l'écart de la précédente itération. Elle est susceptible de constituer une source d'erreur et/ou de confusion de pratiques pour un professionnel.</p>	5c
	NC	<p>L'organisation interne nécessaire à la mise en œuvre de la politique QGR n'est pas totalement aboutie.</p> <p>L'organisation de la coordination et de la gouvernance des activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité n'est pas totalement opérationnelle.</p> <p>Le COPIL qualité récemment créé ne se réunit pas selon la périodicité annoncée, ne dispose pas de règlement intérieur, ne formalise pas de compte-rendu. La Cellule des EI ne dispose pas de règlement intérieur et il n'a pas été retrouvé de traçabilité de suivi sur l'intranet de l'établissement depuis juin 2017 (ce point est en rapport avec une nouvelle organisation en cours de définition). Les groupes processus ne formalisent pas de compte-rendu ou relevés de conclusion, ils se limitent à mettre à jour le PAQ de leur processus. Il n'existe pas d'espace de coordination des veilles sanitaires et vigilances. Les temps dédiés aux fonctions de coordination de GDRAS et de la RQPECM ne sont pas formalisés dans une fiche de missions. La CME bénéficie régulièrement de communications de l'ingénieur qualité sur la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; cependant il n'a pas été constaté d'initiative de la part de la communauté médicale quant à l'impulsion et à l'orientation de la politique qualité et du</p>	1e

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		PAQSS.	
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Les indicateurs, tableaux de bord ne sont pas aboutis.</p> <p>Les résultats obtenus suite aux évaluations du SMQ et de la qualité et sécurité des soins ne donnent pas lieu à un bilan et à une révision périodique de politique qualité.</p> <p>Suite à la précédente itération, l'établissement a développé ses démarches d'évaluation. L'établissement dispose des résultats d'évaluation et d'indicateurs du SMQ colligés dans un tableau de bord. Il dispose également d'autres résultats d'évaluation dont les IQSS. Les résultats ne sont pas partagés selon un dispositif constant (examen au sein des instances, réunions de direction, communication aux professionnels...) et leur exploitation n'est pas toujours effective. Ce constat concerne également les autres processus audités. Le précédent rapport faisait déjà état d'une insuffisance de connaissance de ces données par les professionnels.</p>	2e

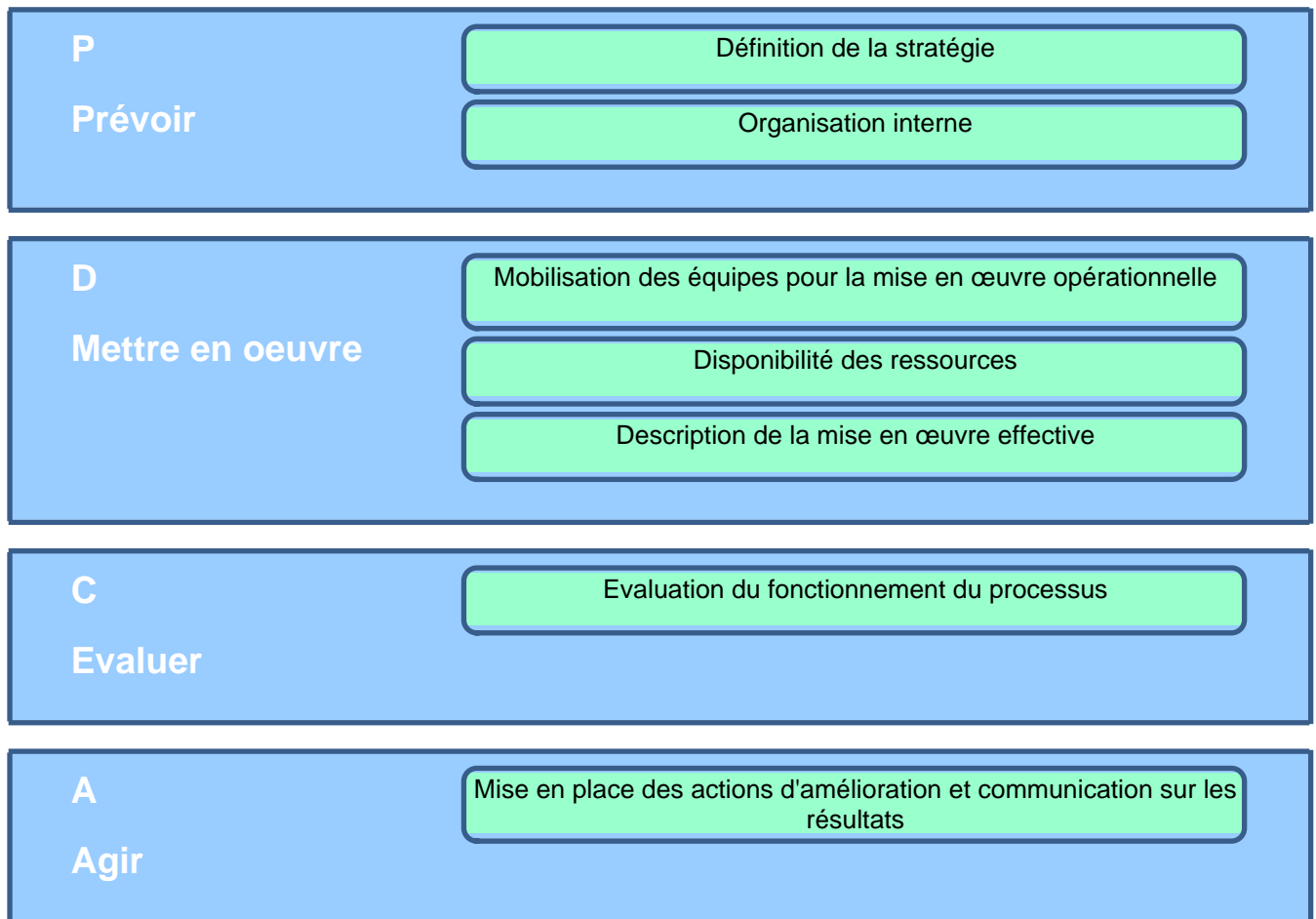
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de la Châtre (CHLC) est un établissement sanitaire et médico-social qui met en œuvre une offre de médecine incluant des lits dédiés de soins palliatifs et une offre de soins de suites et de réadaptation polyvalents à orientation gériatrique ; l'établissement s'inscrit dans le dispositif « hôpital de proximité ».

La politique des droits des patients est formalisée et inscrite dans le projet d'établissement. Dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, le groupe en charge du processus a analysé les besoins et risques propres à l'établissement au regard des droits des patients. Cette analyse des risques a pris en compte les données disponibles, (rapport de certification, fiches d'évènements indésirables, recueil des plaintes et réclamations,...). Un plan d'actions est formalisé au regard de cette analyse des risques, il prévoit les pilotes, échéances et étapes. Les risques et actions prioritaires sont portés au compte qualité.

Cette stratégie, est validée par les instances concernées notamment la CDU et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Conformément au dispositif en place pour l'ensemble des processus, l'établissement a nommé une équipe projet pour piloter le processus droits des patients. Elle est constituée des compétences attendues, (Représentante des usagers, médecin, ingénieur qualité, cadres et cadre supérieur de santé). Les rôles et responsabilités sont identifiés. Sur la base de trois à quatre séances par an, le groupe assure la mise à jour de l'analyse des risques et du plan d'actions ; un relevé de conclusions pourrait à terme faciliter le suivi des travaux.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires au processus droits des patients.

S'agissant des ressources humaines, l'organisation de l'établissement prévoit les effectifs pour permettre les prises en charge dans le respect des besoins, des rythmes, de la dignité et plus globalement des droits des patients. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée et prévoit une période de doublage.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Les chambres permettent de garantir le respect de l'intimité notamment lors des soins d'hygiène, (chambres particulières ou dispositifs permettant de préserver l'intimité). Les chambres sont munies de voyants permettant de visualiser que des soins sont en cours. Les portes des chambres sont dépourvues d'oculi ce qui participe aussi au respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Les informations à caractère nominatives sont stockées dans des locaux sécurisés exclusivement accessibles aux professionnels. Les ordinateurs support du dossier informatisé sont accessibles par identifiant et mot de passe. La maintenance des ressources matérielles est organisée.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires ; on retiendra parmi les documents traitant de divers aspects des droits des patients, la politique « droits des patients », la politique « contention physique de la personne âgée », le livret d'accueil portant mention notamment du rôle et des missions de la CDU, la procédure « signalement d'un cas de maltraitance », la conduite à tenir pour désignation d'une personne de confiance, la conduite à tenir « recueil des directives anticipées », un guide bien-être, un guide éthique, un guide annonce d'un dommage lié aux soins. L'établissement organise la mise à disposition de sa documentation par gestion électronique documentaire.

La gestion des interfaces et des circuits impactant les droits des patients est organisée pour faciliter la concertation et la mise en œuvre des organisations, (entre l'établissement et les représentants des usagers, entre services de soins et services administratifs ou logistiques...). Les médiateurs médicaux et non médicaux sont désignés conformément à la réglementation.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle relative aux droits des patients est déclinée au sein des services. L'encadrement soignant sensibilise les professionnels au respect des droits des patients, à la mise en

œuvre des organisations établies (par exemple les mesures préservant l'intimité comme le recours aux « présences » et plus globalement sur la bientraitance. Les cadres veillent à la conformité des pratiques. Ils interagissent avec les professionnels au regard des résultats et concourent à l'identification d'actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) prévues par l'établissement sont effectivement disponibles dans les services. Le nombre de professionnels requis est assuré. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée conformément au dispositif et les actions de formations prévues au plan de formation sont mises en œuvre, (« la bientraitance », « soins palliatifs et fin de vie », « colloque directives anticipées », « colloque réflexion éthique »).

Les locaux et ressources matérielles sont conformes aux objectifs de l'établissement en matière de confort, intimité, accessibilité, sécurité des patients, confidentialité des données. S'agissant des consommables et ressources diverses, les professionnels en disposent à hauteur des besoins des patients.

Les ressources documentaires sont disponibles dans les services et connues des professionnels. On soulignera la mise à disposition des usagers et des professionnels de plaquettes d'informations réalisées en interne et portant sur les droits du patient, « La bientraitance », « La contention », « Usagers, votre santé – vos droits », « La personne de confiance à l'hôpital », « Information sur les directives anticipées », « Vous venez de perdre un proche ».

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie en matière de respect des droits du patient. Ils mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans un souci constant de bientraitance ; la traçabilité des actions est assurée dans le dossier.

La désignation de personne de confiance est proposée aux patients tout comme le recueil des directives anticipées.

Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont connues.

Les soins y compris en matière d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

L'accueil des proches est assuré et un soutien personnalisé leur est apporté en cas de besoin.

Leur information en cas de dommage lié aux soins s'inscrit dans une organisation établie mise en œuvre si nécessaire.

Les prises en charge sont établies en associant le patient à concurrence de son degré de discernement à la décision, (information et recherche du consentement, voire prise en compte du refus de soins), le projet personnalisé est formalisé et réévalué collectivement.

Les professionnels s'attachent à garantir le respect de la confidentialité des informations liées aux prises en charge.

Les circuits concourant à la réalisation des prises en charge dans le respect des droits, des rythmes et besoins des patients sont respectés et les interfaces sont opérationnelles par exemple avec la CDU ou encore avec les services administratifs et logistiques.

La CDU est opérationnelle, elle se réunit à fréquence réglementaire et traite des aspects relevant de ses attributions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Dans le cadre des patients traceurs, l'établissement est à même d'apprécier ponctuellement des aspects relevant des droits des patients.

Il existe des actions d'évaluations au regard du questionnaire de sortie.

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.

Toutefois, l'établissement ne met pas en œuvre d'actions d'évaluation structurées sur les droits des

patients. Il n'existe pas de système d'évaluation (méthode explicite, périodicité de recueil, modalité d'exploitation des résultats et de suivi des actions...) notamment sur les aspects de bien-être, de respect de la dignité et de l'intimité, sur la confidentialité, sur la personne de confiance et le recueil des directives anticipées, sur la recherche du consentement.

A / AGIR

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

En regard du rapport de certification et de l'analyse des risques réalisée dans le cadre du compte qualité, l'établissement définit et met en œuvre son plan d'actions dans le cadre du dispositif institutionnel en place. La communication des résultats et actions est réalisée en séances de "Flash Info". Un point qualité systématique en CME permet la communication à destination des médecins. Les résultats des IQSS sont portés à la connaissance des usagers par affichage du support à diffusion obligatoire.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement ne met pas en œuvre d'actions d'évaluation structurées sur les droits des patients. Il n'existe pas de système d'évaluation (méthode explicite, périodicité de recueil, modalité d'exploitation des résultats et de suivi des actions...) notamment sur les aspects de bientraitance, de respect de la dignité et de l'intimité, sur la confidentialité, sur les bonnes pratiques de gestion des contentions, sur la personne de confiance et le recueil des directives anticipées, sur la recherche du consentement.	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

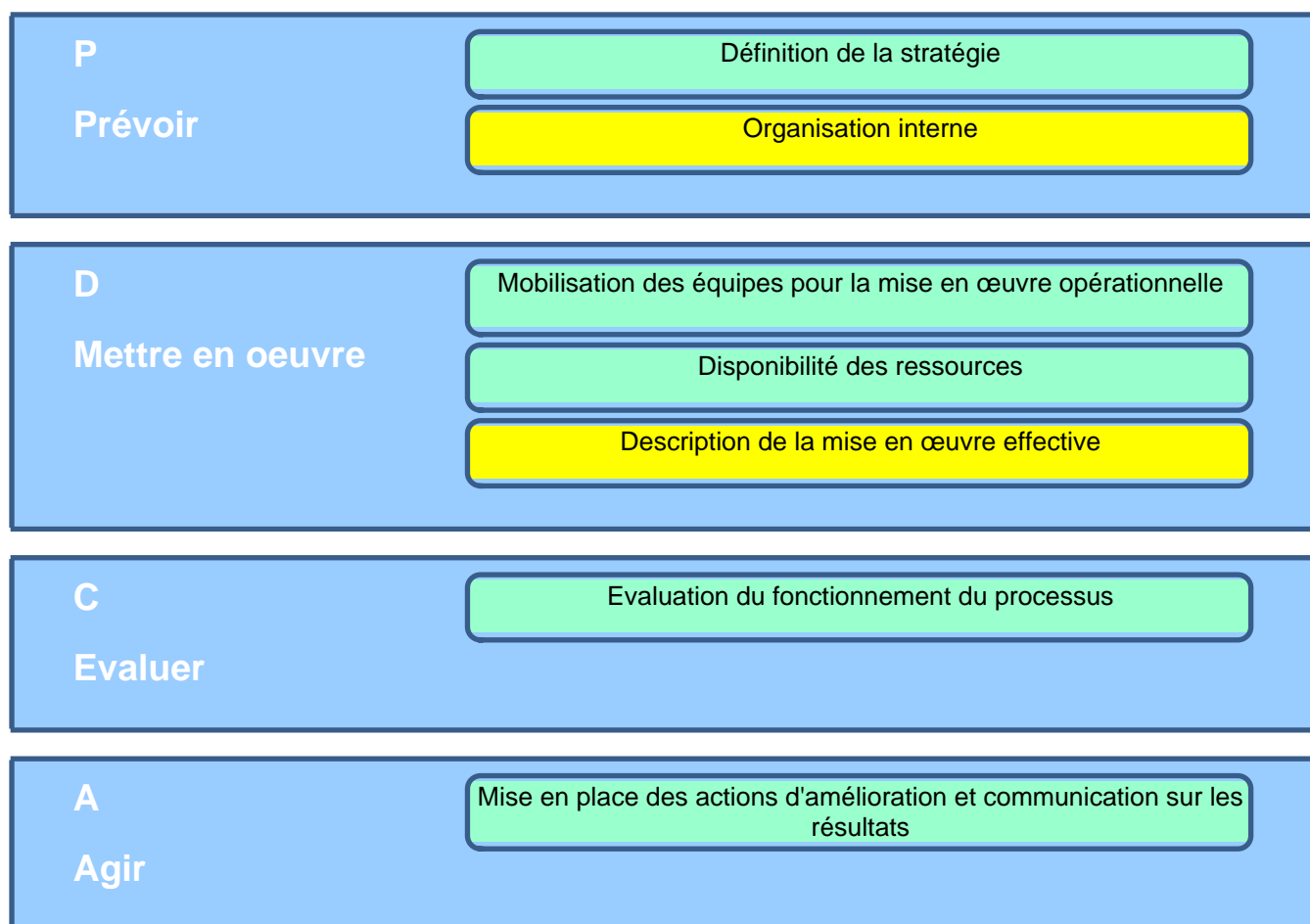
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 (CHLC) est un établissement sanitaire et médico-social, au sein d'un bassin d'attraction de 35000 habitants, à 35 kilomètres de l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire. Il constitue la principale offre de soins dans le domaine sanitaire avec une activité de médecine et une activité de SSR polyvalent. L'établissement est chargé d'une mission d'accueil des soins non programmés et de traitement des urgences sur déclenchement du SAMU Centre 15. En cohérence avec les besoins de la population l'établissement se positionne comme hôpital de proximité principalement orienté vers la prise en charge de la personne âgée. Il contribue à la filière de gériatrie. Le site accueille une activité de psychiatrie relevant du centre hospitalier de Châteauroux depuis la cession des autorisations. Il est enfin à noter qu'une offre libérale de spécialités médicales est localisée sur le site du CHLC.

La stratégie de l'établissement est établie en regard du contexte et des besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et en cohérence avec le projet médical partagé. Un axe structurant est identifié sous forme de pôle inter établissements de médecine avec notamment une orientation d'oncologie. Ce pôle fait l'objet d'une convention inter établissements. Au-delà des intérêts cliniques immédiats, ce pôle s'attache à favoriser les parcours dans les filières de soins, à optimiser le fonctionnement des équipes médicales, à recentrer les activités sur les spécialités et missions respectives. Ce pôle et la réflexion stratégique qui le sous-tend, constituent une opportunité de dynamisation de la communauté médicale au-delà de la seule activité clinique, (réflexion sur les parcours, plein exercice de la mission de la CME sur le champ de la qualité et sécurité des soins). L'établissement a pris en compte les données disponibles pour son analyse des besoins et des risques notamment le rapport de certification de la visite initiale.

La stratégie du parcours patient est validée par les instances. En CME, un point qualité est systématiquement inscrit à l'ordre du jour. Les objectifs relatifs au parcours patient sont identifiés, (traçabilité des éléments de prise en charge dans le dossier, suivi des activités par le développement d'indicateurs de pratiques cliniques). La stratégie est déclinée dans le programme d'actions institutionnel. Le compte qualité reprend les risques et actions prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

Conformément au dispositif en place pour l'ensemble des processus, l'établissement a nommé une équipe projet pour piloter le processus parcours patient. Elle est constituée des compétences attendues, (président de la CME, cadres et cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, responsable des ressources humaines). Les rôles et responsabilités sont identifiés. Sur la base de trois à quatre séances par an, le groupe assure la mise à jour de l'analyse des risques et du plan d'actions ; un relevé de conclusions pourrait à terme faciliter le suivi des travaux.

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.

S'agissant des ressources humaines, l'établissement prévoit l'adéquation des effectifs en recourant si besoin à l'intérim, dans un contexte de tensions liées à la démographie des personnels médicaux et non médicaux. Le partenariat avec l'établissement support constitue une opportunité notamment par d'éventuels temps partagés et la gestion coordonnée de la permanence des soins. Un plan de formation continue est établi annuellement et des actions conjointes dans le cadre du pôle inter établissements sont envisagées. L'intégration des nouveaux professionnels est organisée notamment par recours à un doublage par un personnel en place.

S'agissant des ressources matérielles, l'établissement organise la mise à disposition des équipements et locaux en regard des besoins identifiés. La maintenance est organisée avec le concours, le cas échéant, de contrats de maintenance. Les besoins en imagerie et analyses médicales sont organisés par recours à des prestataires. L'accès aux plateaux techniques est organisé. Pour les besoins logistiques, l'établissement fait appel à des dispositifs internes comme par exemple pour la restauration, et à des solutions externalisées en tout ou partie comme pour la fonction linge.

S'agissant des ressources documentaires, l'établissement mène un travail de réactualisation documentaire et de mises à jour selon un échéancier établi. Les documents requis au titre de la qualité du parcours patient sont identifiés et formalisés. Leur diffusion aux équipes repose sur un support numérique (gestion électronique documentaire). Parmi les organisations formalisées, on retiendra le dispositif de gardes et astreintes, le dispositif d'accueil des soins non programmés, des check-list d'

éléments requis comme par exemple pour des rendez-vous extérieurs, pour la sortie, conduite à tenir et fiche technique en rapport avec des documents de liaison d'urgence, ...).

La gestion des interfaces est organisée, (relève/transmissions entre équipes, interfaces entre les fonctions administratives et le soin, interfaces entre l'établissement et les prestataires ou équipes de l'établissement support,...).

Toutefois, l'organisation interne de sécurisation du processus parcours patient n'est pas totalement définie. Il existe une grille d'évaluation du risque suicidaire, intégrée à un protocole, ayant été validé en 2016. Cette grille est présentée comme étant en cours de diffusion mais n'aurait pas été adoptée au niveau médical. Elle est vécue comme peu aisée pour les professionnels non spécialisés en santé mentale. L'absence de clarification de la position institutionnelle quant à l'évaluation du risque suicidaire entraîne des variabilités de pratiques. Le constat relatif au risque suicidaire a déjà été relevé lors de l'itération précédente.

Dans le cadre du dispositif d'urgence vitale (équipement, formation), il a été constaté que les professionnels ne pouvaient recourir à un protocole de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, l'établissement n'ayant pas formalisé de conduite à tenir. Au cours de la visite, l'établissement a entrepris de remédier à cette situation en engageant la diffusion du protocole du CESU.

Ces situations sont susceptibles d'occasionner des pertes de chances pour les patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle relative à la qualité du parcours patient est déclinée au sein des services. L'encadrement soignant sensibilise les professionnels sur les besoins, risques et objectifs relatifs au processus parcours patient, notamment s'agissant de la traçabilité des éléments de prise en charge. Les cadres veillent à la conformité des pratiques. Ils interagissent avec les professionnels au regard des résultats et concourent à l'identification d'actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Conformément aux organisations établies, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles.

Les personnels sont disponibles en effectifs et en qualifications, les cas échéant par recours à l'intérim. Le plan de formation est mis en œuvre notamment s'agissant de la formation à l'urgence vitale (AFGSU) pour l'ensemble des professionnels concernés ; les formations de cœur de métier sont réalisées. Le dispositif d'intégration est mis en œuvre notamment s'agissant du doublage initial du professionnel.

Les ressources matérielles, locaux accessibles et maintenus, équipements hôteliers et de soins, répondent aux besoins et à l'organisation établie, (équipement d'urgence vitale, équipements de surveillance des constantes et des paramètres nutritionnels,...). Les ressources informatiques sont disponibles en vue de permettre la saisie des éléments de prises en charge et la sécurisation des données est effective (sauvegardes, dispositif de mode dégradé, ...).

La documentation élaborée à l'échelle de l'établissement est disponible au format numérique (GED), les professionnels connaissent la documentation et y recourent en cas de besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures selon leurs attributions respectives pour la prise en charge du patient.

L'accueil des soins non programmés est assuré selon l'organisation établie et, le cas échéant, l'orientation des patients vers les structures adaptées à son état de santé est mise en œuvre.

Dans le cadre de l'admission, personnel infirmier et aide-soignant réalisent l'accueil du patient et le recueil des données, la traçabilité en est assurée dans le dossier. Un écran bilan mesure (EBM) dédié a été structuré pour garantir la complétude des données requises. Dans un délai adapté, le patient bénéficie d'une évaluation médicale initiale de l'ensemble de son état de santé et de ses besoins. Les prescriptions requises sont formalisées.

En cas de risque suicidaire avéré, des mesures adaptées sont décidées et mises en œuvre. Des grilles d'évaluation du risque suicidaire sont susceptibles d'être réalisées par les soignants selon leur degré de maîtrise de l'outil. Les médecins prennent en compte le risque suicidaire lors de l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient. La réflexion quant à l'homogénéisation de l'évaluation et de la traçabilité du risque suicidaire se poursuit.

En vue du staff, les professionnels colligent les informations pertinentes en associant le patient ou ses proches. Un EBM uniformisé à l'échelle de l'établissement est destiné à formaliser le staff mis en œuvre à rythme hebdomadaire pour chaque patient. Le projet personnalisé de soins est établi et réévalué à l'occasion de ces staff auxquels participent tous les professionnels impliqués dans les prises en charge, y compris les professionnels de rééducation et réadaptation.

Le suivi nutritionnel du patient est réalisé selon un échancier formalisé et tracé dans le dossier.

Conformément à leurs attributions, les professionnels mettent en œuvre des mesures éducatives ciblées au bénéfice des patients qui le nécessitent ; en cas de besoin, ils peuvent orienter les patients vers les programmes d'éducation thérapeutique autorisés (existence de la liste des programmes autorisés). Pour tracer les actions éducatives, les professionnels identifient au cas par cas une « cible » susceptible de convenir (en l'absence de cible dédiée).

Les professionnels connaissent l'organisation établie pour la prise en charge des urgences vitales et assurent les contrôles périodiques requis conformément à l'organisation établie.

La permanence des soins est effective et les équipes connaissent l'organisation des gardes et astreintes. Les « transmissions inter équipes » permettent le relais et la continuité des prises en charge.

La sortie est préparée et organisée sur la base d'une check-list spécifique. Un dossier de liaison est établi et l'établissement poursuit son effort en vue d'en systématiser la remise le jour de la sortie.

Les circuits et les interfaces entre professionnels mais également avec les prestataires (imagerie, biologie médicale, ...) et les partenaires extérieurs (amont-aval) sont opérationnels.

La CME évoque ponctuellement des aspects en lien avec les prises en charge et le parcours patient essentiellement sous forme de communications de l'ingénieur qualité.

Les prises en charge s'attachent à concilier le respect des libertés individuelles et la sécurité des patients. Toutefois, la mise en œuvre du respect des libertés individuelles n'est pas toujours effective. La prescription qualitative des contentions (modalité) est effective ; l'argumentaire et la réflexion bénéfique risque ne sont pas systématiquement tracés. En outre, les contentions ne font pas l'objet d'une réévaluation à périodicité définie tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre des évaluations dans le cadre du processus parcours patient. Le recueil des indicateurs nationaux généralisés est effectif. Une EPP est en cours sur la nutrition et une autre sur la contention. Des patients traceurs sont régulièrement réalisés. A la faveur d'une formation à la méthode RMM, une première revue morbi-mortalité a été conduite. Les événements indésirables sont partagés à rythme hebdomadaire et communication en est faite en CME.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre. On retiendra en particulier la prise en compte effective des écarts relevés lors de la visite initiale et la définition d'un plan d'actions au vu des résultats infra-cible d'une partie des IQSS de la dernière campagne de recueil. La communication des résultats et actions est réalisée en séances de "Flash Info". Un point qualité systématique en CME permet la communication à destination des médecins. Les résultats des IQSS sont portés à la connaissance des usagers par affichage du support à diffusion obligatoire.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>L'organisation interne de sécurisation du processus parcours patient n'est pas totalement définie.</p> <p>Il existe une grille d'évaluation du risque suicidaire, intégrée à un protocole, ayant été validé en 2016. Cette grille est présentée comme étant en cours de diffusion mais n'aurait pas été adoptée au niveau médical. Elle est vécue comme peu aisée pour les professionnels non spécialisés en santé mentale. L'absence de clarification de la position institutionnelle quant à l'évaluation du risque suicidaire entraîne des variabilités de pratiques. Le constat relatif au risque suicidaire a déjà été relevé lors de l'itération précédente.</p> <p>Dans le cadre du dispositif d'urgence vitale (équipement, formation), il a été constaté que les professionnels ne pouvaient recourir à un protocole de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, l'établissement n'ayant pas formalisé de conduite à tenir. Au cours de la visite, l'établissement a entrepris de remédier à cette situation en engageant la diffusion du protocole du CESU.</p> <p>Ces situations sont susceptibles d'occasionner des pertes de chances pour les patients.</p>	19c
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La mise en œuvre du respect des libertés individuelles n'est pas toujours effective.</p> <p>La prescription qualitative des contentions (modalité) est effective ; l'argumentaire et la réflexion bénéfice risque ne sont pas systématiquement tracés malgré une politique contention et une conduite à tenir formalisées par l'établissement. En outre, les contentions (pelviennes, barrières de lits) ne font pas l'objet d'une réévaluation à périodicité définie tracée. Ces contentions concernent les patients de médecine et de SSR. Ce risque n'est pas relevé dans le Compte qualité.</p>	10e

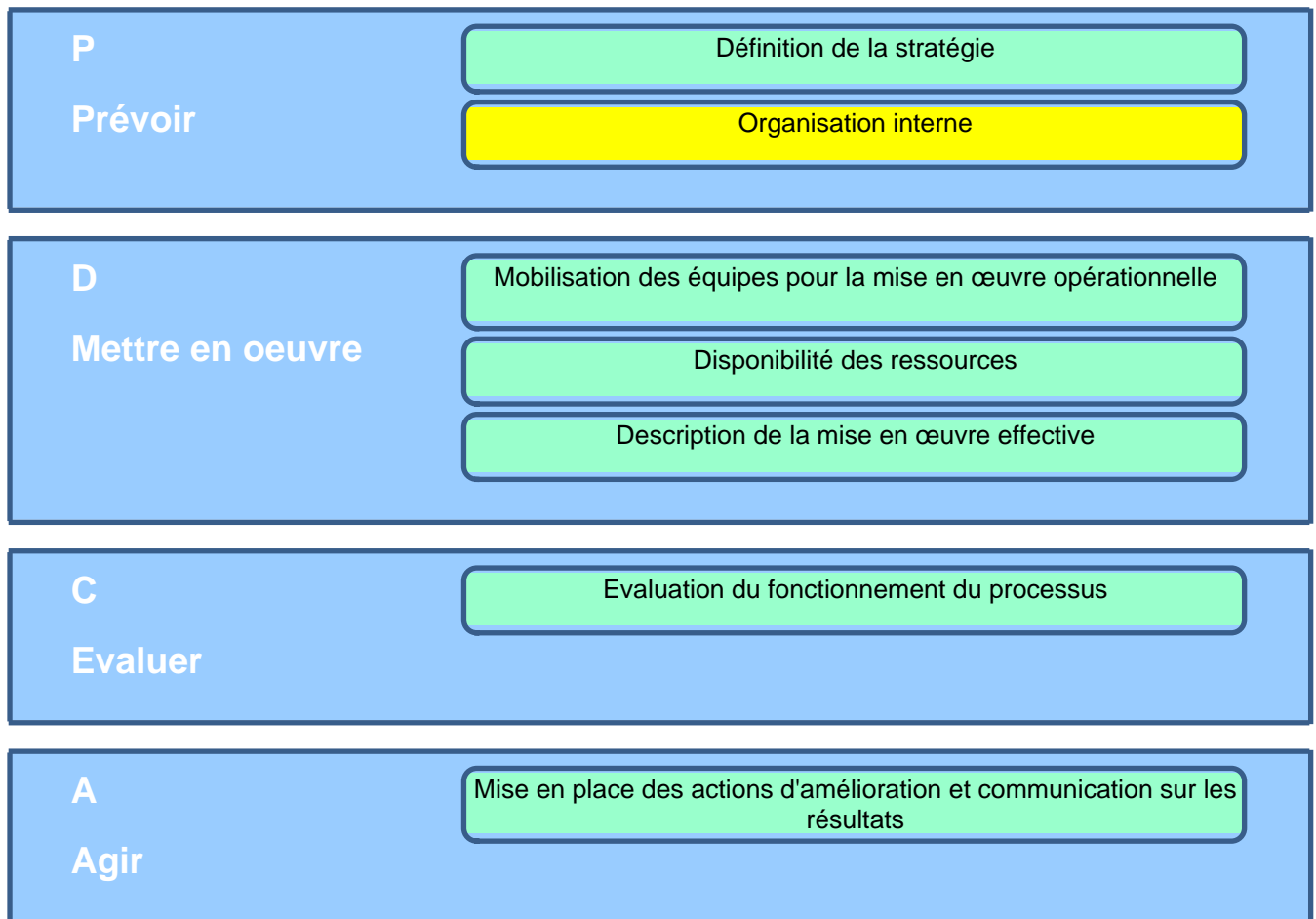
DOSSIER PATIENT

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 dossier du patient est informatisé (DPI) depuis 2004 pour l'ensemble des prises en charge (médecine et Soins de Suite et Rééducation). Un dossier papier reste mobilisé pour centraliser les documents papiers antérieurs à l'hospitalisation et le dossier transfusionnel. Un classeur consigne également des éditions ciblées du DPI, afin de répondre à la continuité et sécurité des soins en cas de panne informatique.

La politique gestion du dossier patient a été élaborée en 2016 et remise à jour en janvier 2019. Elle énonce les règles de gestion du dossier et les objectifs d'amélioration visés, à savoir de :

- Garantir la gestion du dossier patient selon les réglementations en vigueur.
- Garantir l'application des règles d'accès au dossier patient selon la réglementation en vigueur.
- Améliorer la communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes.

Les risques du processus ont été identifiés dans le Compte Qualité au regard des résultats du précédent rapport de Certification et des signalements des événements indésirables. Ils ont été priorisés selon la grille HAS par le groupe pilote du processus et sont en cohérence avec le contexte et les besoins de l'établissement. Un plan d'action en lien a été décliné.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus a été confié au groupe pilote « gestion du dossier patient » composé de la directrice des soins et/ou cadre supérieur de santé, du médecin DIM ; de la responsable des services financiers et des admissions ; d'un informaticien et de la responsable du service informatique. Ce groupe opérationnel est en charge du respect des bonnes pratiques et de la sécurité du dossier.

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.

Sur le plan des ressources humaines, les acteurs impliqués dans la gestion du dossier sont identifiés dans la politique dossier du patient (admission, médecins, infirmières, secrétaires médicales, cellule d'identitovigilance, rééducateurs, psychologues, ...). Une Cellule de paramétrage et des référents DPI (deux IDE pour le service de médecine, une IDE et une aide-soignante pour le SSR) sont identifiés pour former, venir en aide aux utilisateurs et faire évoluer le logiciel DPI.

Les personnes impliquées dans la gestion des demandes d'accès au dossier médical sont identifiées dans une procédure. Un médecin en charge de l'activité de DIM et la responsable qualité ayant un temps de secrétariat TIM sont en charge du traitement des données médicales. Les habilitations des professionnels pour l'accès au dossier informatisé du patient sont définies en fonction de leurs profils métier à partir d'une matrice de droits. Le service informatique est responsable du recueil des indicateurs « Hôpital Numérique ». Le dossier administratif est sous la responsabilité des secrétaires des admissions.

La formation des utilisateurs du dossier patient est organisée pour les nouveaux arrivants par les pairs (temps de doublages) et/ou responsables (Cadres, référents DPI). Des formations sont prévues au plan de formation institutionnel : logiciel DPI, transmissions ciblées.

Sur le plan des ressources matérielles, les équipements nécessaires au système d'information, support du dossier patient, sont identifiés et leur mise à disposition est organisée (PC fixes et portables, imprimantes). La maintenance des matériels et l'assistance des professionnels sont organisées par le service informatique et par l'astreinte administrative (en dehors des heures de bureau des informaticiens). La gestion du renouvellement des équipements (ordinateurs/imprimantes) est organisée par le service informatique en fonction des besoins de l'établissement, des utilisateurs et des évolutions technologiques. Le service tient un tableau de suivi (données d'identification, localisation,...) ainsi qu'un plan pluriannuel de renouvellement du parc. Au niveau de l'établissement les accès aux locaux des archives, aux salles de soins, aux bureaux et aux salles serveurs sont sécurisés.

Toutefois les besoins et ressources nécessaires à la gestion du dossier patient sont incomplètement définis. Les besoins en structuration du dossier patient informatisé sont incomplètement pris en compte. Les fonctionnalités ne correspondent pas toujours aux besoins du terrain par l'absence d'écran adapté ; pour remédier aux limites de l'outil, les professionnels mettent en œuvre des processus d'adaptation, (utilisation de supports manuscrits générant des incomplétudes des données dans le DPI ou des redondances de saisies, saisies des démarches d'éducation thérapeutique dans des « cibles » aléatoires dont le libellé n'est pas explicite, dispersion des informations dans des écrans variables pour tracer l'

information et les consignes pour les patients susceptibles de nécessiter une limitation ou un arrêt de traitement dans une procédure collégiale « LATA »). Au-delà de l'ergonomie, il a été observé également l'absence d'identification des échéances de réévaluation de la prescription de contention, l'absence de support unique de prescription / administration des médicaments au niveau du mode dégradé. Enfin, sur le plan matériel, il a été constaté l'absence de conditions de stockage sécurisées pour une partie des dossiers médicaux (conteneur modulaire et local archives en extérieur face au bâtiment SSR/Médecine) sans protection d'intrusion ni détection incendie.

Sur le plan des ressources documentaires, les organisations sont formalisées dans le logiciel de gestion documentaire interne sous forme de politiques, procédures, fiches techniques, check-list et enregistrements, (politique du dossier patient, traitement des demandes d'accès du patient à son dossier, tenue du dossier patient, plan de continuité de l'activité pour le DPI, méthodes de prescription sur le DPI, mise à jour du dossier – confirmation d'identité, dossier de liaison d'urgence, check-list des éléments à remettre,...).

Les circuits et interfaces sont organisés pour faciliter la concertation entre les professionnels et la PUI, les admissions, la biologie externe (liaison informatique). L'information relative aux demandes d'accès au dossier médical est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le dossier patient informatisé est utilisé dans tous les services et partagé par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge. Le personnel d'encadrement est garant de la bonne utilisation de l'outil. Les événements indésirables (EI) sont déclarés.

La conformité des pratiques est évaluée au sein des services via quelques audits ponctuels (audit respect des règles de confidentialité et identité en décembre 2018 pour exemple) et de façon informelle par l'observation de pratique (traçabilité dans le DPI).

En cas de dysfonctionnement, des réajustements sont effectués auprès des équipes sous forme de rappels et/ou sensibilisation. Le recueil des indicateurs nationaux généralisés (IQSS) de tenue du dossier patient est effectué par la Responsable Qualité, la Directrice des soins, la Cadre Supérieure de Santé et le Secrétariat médical.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, en compétences et en effectifs, sont adaptées aux besoins. L'établissement dispose de deux techniciens informatiques et de référents soignants sur le DPI. Une Cellule de Paramétrage est en place. Elle assure l'analyse des dysfonctionnements et des demandes d'évolution de l'outil faites par les professionnels. Elle formalise également des fiches techniques sur les fonctionnalités du DPI (utilisation de l'agenda, lancement d'un protocole d'entrée, validation des soins, enregistrement de la personne de confiance,...).

La formation des nouveaux arrivants concernant l'utilisation du dossier patient est portée par les Cadres et les référents sur un temps de doublage. Un suivi par les responsables permet de réajuster l'acquisition des pratiques. Il est prévu, à partir de 2019, que la formation aux utilisateurs soit effectuée par les référents DPI et la Cellule de paramétrage. Le logiciel DPI permet aux utilisateurs d'accéder, via une icône, à une aide en ligne. Lors des mises à jour, des guides d'information sont diffusés aux équipes par le service informatique. La documentation comporte les documents en lien avec le dossier patient sur la gestion du dossier de sa création à son archivage et sur les modalités de demande d'accès du patient à son dossier médical. Le mode dégradé est formalisé, disponible et connu. Il a été testé de façon inopinée ce qui a permis de réajuster le dispositif. La documentation est à la disposition des professionnels et connue.

Les équipements et matériels informatiques pour accéder au dossier patient sont fonctionnels et déployés dans tous les services. La confidentialité des données du DPI a fait l'objet d'actions d'amélioration : mise en veille automatique des sessions (programmation institutionnelle à 5 minutes), accès aux écrans par profil métier, surveillance des accès au DPI par des professionnels n'intervenant pas dans la prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie concernant la constitution du dossier du patient. Le recueil des différentes informations depuis la demande d'admission, l'admission, jusqu'à la sortie est effectif.

Le dossier patient est créé par la secrétaire des admissions. Aucune pré-admission n'est effectuée.

A ce jour le dossier médical nécessite une utilisation conjointe du support informatique et du support papier. Un dossier papier est mobilisé pour centraliser les documents papiers antérieurs à l'hospitalisation (comptes rendus médicaux, lettre du médecin adresseur, demande Trajectoire,...) et courriers reçus. Ce dernier comprend également le dossier transfusionnel.

Les actes médicaux et paramédicaux sont tracés en temps utile dans le DPI par les professionnels intervenant dans la prise en charge (observations médicales, prescriptions de biologie, médicaments, examens complémentaires, transmissions ciblées, recueil des paramètres, évaluation du risque d'escarre, bilans et éléments de suivi, ...).

L'accès aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif. Les dispositifs de classement des dossiers médicaux en format papier sont disponibles et sécurisés.

En cas de transfert, de consultation ou de sortie à domicile, un dossier de liaison IDE est constitué.

La procédure d'accès du patient à son dossier est mise en œuvre. Son information quant à ses droits d'accès est expliquée dans le livret d'accueil remis au moment de l'admission. Le délai d'envoi des demandes d'accès au dossier patient est conforme à la réglementation. Toutes ces informations sont transmises à la CDU.

L'archivage du dossier médical papier est effectif (archivage par année et ordre alphabétique au nom du patient). L'établissement a pour projet de centraliser les archives médicales en un seul lieu (au lieu de 3 actuellement). Le dossier administratif, quant à lui, est archivé par année et par ordre alphabétique dans le bureau des admissions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du processus dossier patient sur la base des indicateurs nationaux IQSS et des signalements des événements indésirables.

D'autres évaluations sont conduites : EPP « utilisation du DPI » portant sur la traçabilité des informations en termes de pratique et coordination de la prise en charge en médecine et SSR (initiée en novembre 2018), évaluation de la satisfaction auprès des utilisateurs du dossier patient informatisé (de juin à septembre 2018), taux de disponibilité de l'application DPI, nombre de non attribution automatique des résultats de biologie...

Les demandes d'accès du patient à son dossier et les délais de transmission des dossiers sont évalués (le respect de la réglementation est effectif) et suivis en CDU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées et mises en œuvre sont en cohérence avec les risques prioritaires du CQ. Ainsi, l'établissement a formalisé les règles de gestion du dossier, a sécurisé la confidentialité des données, s'est rapproché du laboratoire de biologie externe pour améliorer l'attribution informatique des résultats de biologie, a initié une EPP « utilisation du DPI » dont les résultats doivent être présentés en réunion de CME (avril 2019), a conduit une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs du DPI (analyse prévue en Cellule paramétrage),... Le plan d'action est suivi en réunions du groupe de pilotage « gestion du dossier patient ».

La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels (référénts DPI, réunions de service, mail, séances "flash info", CDU, note d'information, etc.).

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

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Les besoins et ressources nécessaires à la gestion du dossier patient sont incomplètement définis.</p> <p>Les besoins en structuration du dossier patient informatisé sont incomplètement pris en compte. Les fonctionnalités ne correspondent pas toujours aux besoins du terrain par l'absence d'écran adapté ; pour remédier aux limites de l'outil, les professionnels mettent en œuvre des processus d'adaptation, (utilisation de supports manuscrits générant des incomplétudes des données dans le DPI ou des redondances de saisies, saisies des démarches d'éducation thérapeutique dans des « cibles » aléatoires dont le libellé n'est pas explicite, dispersion des informations dans des écrans variables pour tracer l'information et les consignes pour les patients susceptibles de nécessiter une limitation ou un arrêt de traitement dans une procédure collégiale « LATA »). Au-delà de l'ergonomie, il a été observé également l'absence d'identification des échéances de réévaluation de la prescription de contention, l'absence de support unique de prescription / administration des médicaments au niveau du mode dégradé. Enfin, sur le plan matériel, il a été constaté l'absence de conditions de stockage sécurisées pour une partie des dossiers médicaux (conteneur modulaire et ancien garage en extérieur) sans protection d'intrusion ni détection incendie.</p>	14a

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

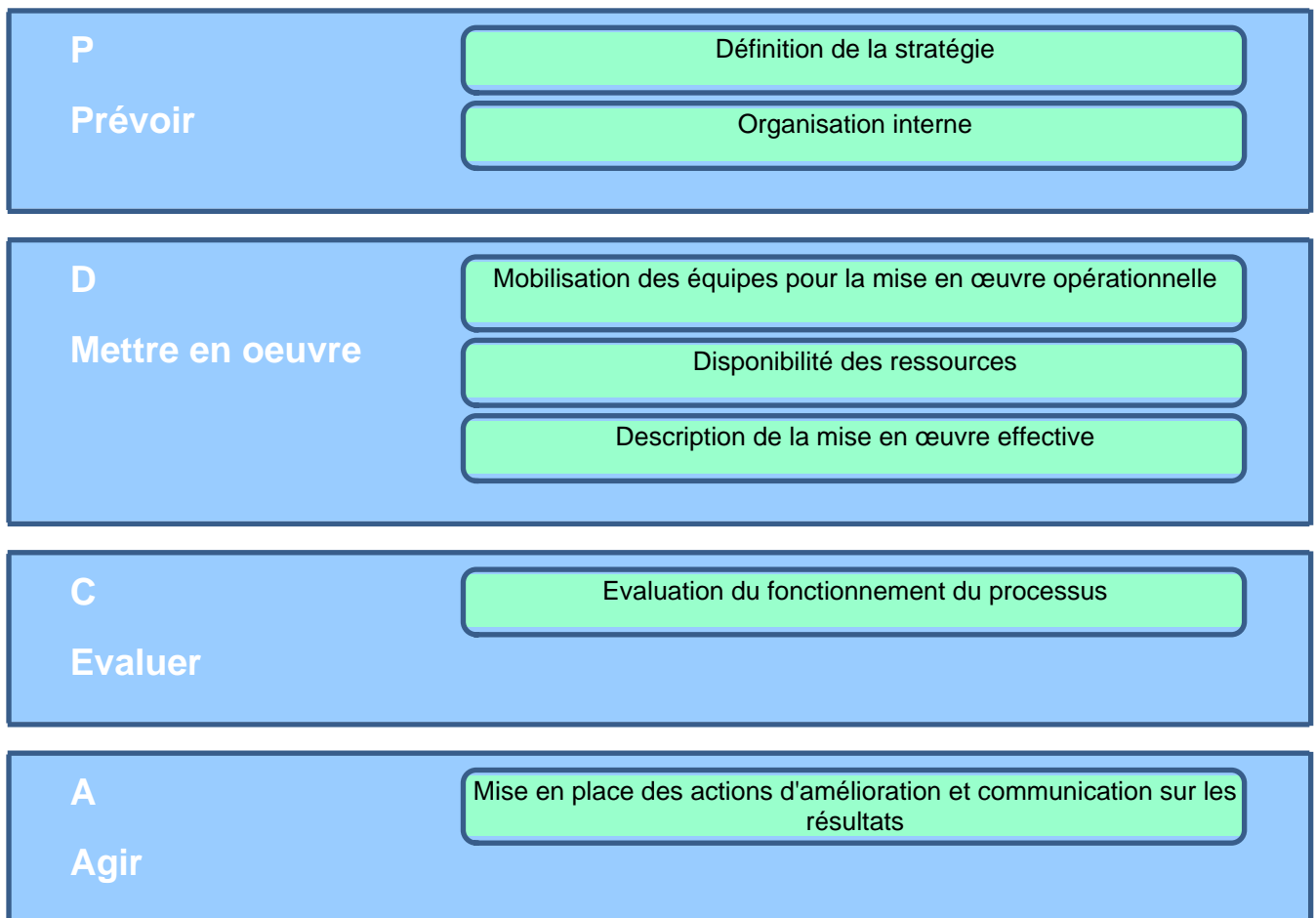
1. Caractérisation générale

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

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH La Châtre (CHLC) a intégré dans son Projet d'Établissement 2018-2022 un volet « projet informatique ». Ce dernier décline un plan d'actions (2018-2026) spécifique à la mise en place du Schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) dans le cadre du GHT Indre et à l'adhésion au GCS INFOTECH 36 (hébergement des données).

En attendant la constitution du schéma général des systèmes d'information du GHT de l'Indre, le CHLC a formalisé sa politique de Sécurité des Systèmes d'Information (SSI) qui vise à assurer pour son activité sanitaire et médico-sociale :

- La disponibilité des infrastructures, des systèmes et des applications métiers nécessaires à l'exercice des métiers (médicaux, administratifs et médico-économiques) et à la satisfaction des exigences des patients.
- L'intégrité des données techniques et fonctionnelles nécessaires à l'exploitation efficiente des infrastructures, des applications de supervision ou de management et de leurs composants.
- La confidentialité des informations et des données.
- L'auditabilité des actions réalisées.

Ce document, validé par la CME et la Direction, a été élaboré par le groupe de pilotage du processus « Gestion du Système d'Information » composé des professionnels ressources.

L'analyse des risques effectuée à l'occasion de l'élaboration du CQ a été réalisée par le groupe de pilotage au regard des écarts relevés dans le précédent rapport de certification. Les risques ont été hiérarchisés et un plan d'actions en lien a été défini.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le groupe pilote « Gestion du Système d'Information » dont la composition et les missions sont décrites dans la politique SSI.

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. L'organisation dédiée au SSI est déployée et documentée dans la politique. Deux informaticiens en interne veillent au bon fonctionnement du système. L'un d'eux identifié Responsable Sécurité Informatique (RSI) a en charge de coordonner et d'animer les travaux liés à la sécurité du SI. La mise à disposition d'un DPO (Délégué à la Protection des Données) est organisée par Convention avec le CH de Châteauroux. Leurs attributions sont formalisées dans la politique.

Les besoins en compétences et en formations sont identifiés à l'occasion de l'évolution du système d'information (infrastructure ou applicatif). Les ressources en termes de formation et d'assistance sont organisées par le service informatique interne ou encore par des référents et une Cellule de paramétrage s'agissant du dossier patient informatisé (DPI).

Les besoins en équipement sont déterminés dans le cadre du plan pluriannuel d'équipements actualisé chaque année. Le système de sauvegarde est organisée via une infrastructure serveurs virtualisés permettant la réplication et la sauvegarde des bases de données sur trois serveurs localisés dans trois bâtiments distants. L'accès aux salles serveurs est sécurisé et limité aux informaticiens et au technicien maintenance en cas de besoin d'interventions techniques (eau/électricité). Le plan de reprise d'activité (PRA) est formalisé et les procédures dites " dégradées " sont en place pour garantir la continuité des applicatifs en cas de panne (plan de continuité de l'activité DPI et indisponibilité du dossier administratif patient/résident). Les habilitations des professionnels aux applicatifs sont définies, à partir d'une matrice de droits, en fonction de leurs profils métier et de tâches associées. Le dispositif prévoit l'attribution de code d'accès individuels pour les professionnels.

Toutefois, le système d'information n'a pas totalement organisé l'accessibilité et l'adéquation des informations. L'établissement n'a pas prévu une organisation permettant d'attribuer des codes d'accès en dehors du fonctionnement normal (par les cadres d'astreinte par exemple). En conséquence cela génère la mise en œuvre du mode dégradé papier dont ce n'est pas la finalité ce qui crée un risque de perte de données dans le DPI.

Les procédures relatives au SI sont formalisées et l'établissement organise la mise à disposition aux professionnels dans la base documentaire informatisée (politique SSI, plan de reprise d'activité, procédure signalement des incidents graves de SSI, Charte d'accès à l'informatique et à l'information

médicale, plan de continuité de l'activité DPI,...). Les procédures annexes à la politique sont en cours de validation en vue d'être intégrées à la gestion documentaire informatisée (inventaire des zones physiques dédiées à l'hébergement du SI, gestion des créations et suppression des accès au SI des personnels, homologation des risques avant le lancement d'un projet SI, définition des règles concernant les mots de passe,...).

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en place des matériels et logiciels nécessaires au déploiement de l'informatisation et à la sécurisation des données est sous la responsabilité du service informatique. Les professionnels sont sensibilisés aux enjeux de sécurisation des données lors de réunions spécifiques (présentation sur un "flash info" de la « sécurité informatique au sein de l'hôpital » en 2017 et octobre 2018, réunion d'information sur « le règlement général sur la protection des données » en octobre 2018) ou lors de temps informels à la suite d'observations ou d'audits de pratiques (accès écrans métiers, accès au DPI par les professionnels impliqués dans la prise en charge, mise en veille des écrans, pour exemple).

Une Cellule de paramétrage étudie les demandes d'évolution de l'applicatif DPI afin de répondre aux besoins des utilisateurs.

Les professionnels déclarent les dysfonctionnements via le dispositif de signalement. Des actions d'améliorations sont mises en œuvre en fonction des dysfonctionnements constatés (diagnostic de la couverture Wi-Fi en réponse aux signalements EI, élaboration de fiches techniques sur les fonctionnalités du DPI,...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences et en formations sont mises à la disposition des utilisateurs. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une sensibilisation aux bonnes pratiques dans le temps de doublage. Des formations ciblées sont également mises en œuvre. Chaque évolution logicielle ou infrastructure conduit à une mise à jour des compétences des personnes ressources (formation des informaticiens lors de la mise en place de l'infrastructure virtualisée, pour exemple).

Un support de formation est réalisé 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.

La sensibilisation des utilisateurs à la sécurité du SI passe également par la « Charte d'utilisation du système d'information » disponible dans la gestion documentaire informatisée et remise contre signature à tout nouvel arrivant. Elle a fait l'objet d'une mise à jour pour intégrer les risques en lien aux actes de malveillances (virus par messagerie).

Les matériels informatiques sont disponibles en nombre suffisant pour permettre une activité conforme pour les professionnels. Afin de répondre aux besoins des utilisateurs, un diagnostic de la couverture du réseau Wi-Fi a été effectué par un prestataire extérieur (01/2019). Les préconisations seront mises en œuvre afin de permettre une optimisation du fonctionnement.

Le mode dégradé (support papier) est disponible, opérationnel et connu des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les logiciels métiers permettent une traçabilité des actions menées par les différents professionnels.

L'accès des utilisateurs au SI se fait par un login et un mot de passe personnels. Les IDE de médecine susceptibles de créer un dossier patient disposent d'un code nominatif pour l'accès et la création d'identités (entrées non programmées).

La traçabilité des accès aux données médicales est effective et suivie par le service informatique.

Les professionnels concernés connaissent les règles de bon usage du SI (identification personnelle, mise en veille, accès métiers aux écrans DPI, ...).

Le système interne de signalement des événements indésirables permet la remontée et le traitement des dysfonctionnements en lien avec le groupe de pilotage du processus.

Le plan de continuité de l'activité a été formalisé et son opérationnalité a été testée de façon inopinée

(février 2018) et a permis de réajuster le dispositif (actions d'amélioration mises en œuvre : modification de la fiche de constantes, rajout de documents spécifiques dans le dossier papier,...).

L'inventaire des ressources informatiques et la cartographie de l'infrastructure virtuelle sont tenus à jour par le service informatique.

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.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre des évaluations dans le cadre du processus Gestion du Système d'Information : évaluation du temps de disponibilité sur tous les applicatifs, suivi des connexions DPI, audit sur les accès métiers, recueil des indicateurs Hôpital Numérique, suivi des EI...

L'établissement envisage de centraliser, exploiter et partager ces résultats des évaluations afin de permettre le suivi en continu du dispositif.

Une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs du dossier patient informatisé a été conduite de juin à septembre 2018. Les résultats seront analysés au niveau de la prochaine réunion du groupe de pilotage du processus.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre au regard des écarts relevés lors de la visite initiale. Ainsi la politique du SI intègre le descriptif de l'existant et les évolutions envisagées, les dispositifs de sécurisation du système ont été formalisés, les conditions de sécurité des données ont été mises en œuvre (accès aux écrans par grade, programmation institutionnelle de la fermeture des sessions, suppression du code générique pour le logiciel dossier administratif du patient, mise en place d'une infrastructure virtuelle). Les événements indésirables sont suivis et ont conduit à l'évaluation de la couverture Wi-Fi et à l'identification d'actions d'amélioration. La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels (mail, séances "flash info", note d'information, etc.).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le système d'information n'a pas totalement organisé l'accessibilité et l'adéquation des informations. L'établissement n'a pas prévu une organisation permettant d'attribuer des codes d'accès en dehors du fonctionnement normal (par les cadres d'astreinte par exemple). En conséquence cela génère la mise en œuvre du mode dégradé papier dont ce n'est pas la finalité ce qui crée un risque de perte de données dans le DPI.	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	<p>Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel ne répond pas à l'ensemble des attendus en termes d'élaboration, d'évaluation par la CME, de priorisation des actions ou encore de modalités de suivi.</p> <p>Ce programme ne prend pas en compte les actions issues des EPP (patient traceur), de l'analyse a posteriori des risques (EI, CREX) et de l'exploitation des plaintes et réclamations. L'origine des actions n'apparaît pas explicitement. Certaines échéances ne sont pas définies et d'autres présentent une incohérence au regard des enjeux (formalisation des comptes rendus de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins, action planifiée sur 24 mois 2018-2019 et non débutée, idem pour l'action concernant l'actualisation du Règlement Intérieur CME). Le PAQ en réponse aux résultats des indicateurs nationaux généralisés (IQSS) n'apparaît pas dans le programme d'action institutionnelle. Enfin, ce programme ne fait pas l'objet d'une priorisation sur des critères explicites. En conséquence, il ne reflète pas la déclinaison opérationnelle des actions portées par l'institution et ne peut être appréhendé comme un véritable outil de pilotage de la politique QGDR.</p>	8a
	P / Organisation interne	NC	<p>Le dispositif de gestion documentaire en place n'est pas finalisé. Le plan d'actualisation des documents qualité issu de la précédente visite de certification reste en cours. Des procédures relevant du SMQ ne sont pas en cohérence avec le fonctionnement observé ou présentent des incohérences (procédure de rédaction des procédures, procédure d'évaluation des documents qualité, support d'enregistrement et d'évaluation institutionnels de la gestion documentaire, procédure de déclaration matériovigilance faisant état d'un effet indésirable médicamenteux en point de départ du signalement,...). Les actualisations ne prennent pas toujours en compte les éléments issus des recommandations de bonnes pratiques (pièces de validation de l'identité admissibles en identitovigilance par exemple).</p> <p>Cette situation est en rapport avec l'arriéré des mises à jour à opérer en réponse à l'écart de la précédente itération. Elle est susceptible de constituer une source d'erreur et/ou de confusion de pratiques pour un professionnel.</p>	5c
		NC	<p>L'organisation interne nécessaire à la mise en œuvre de la politique QGR n'est pas totalement aboutie.</p> <p>L'organisation de la coordination et de la gouvernance des activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité n'est pas</p>	1e

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>totalelement opérationnelle.</p> <p>Le COPIL qualité récemment créé ne se réunit pas selon la périodicité annoncée, ne dispose pas de règlement intérieur, ne formalise pas de compte-rendu. La Cellule des EI ne dispose pas de règlement intérieur et il n'a pas été retrouvé de traçabilité de suivi sur l'intranet de l'établissement depuis juin 2017 (ce point est en rapport avec une nouvelle organisation en cours de définition). Les groupes processus ne formalisent pas de compte-rendu ou relevés de conclusion, ils se limitent à mettre à jour le PAQ de leur processus. Il n'existe pas d'espace de coordination des veilles sanitaires et vigilances. Les temps dédiés aux fonctions de coordination de GDRAS et de la RQPECM ne sont pas formalisés dans une fiche de missions. La CME bénéficie régulièrement de communications de l'ingénieur qualité sur la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; cependant il n'a pas été constaté d'initiative de la part de la communauté médicale quant à l'impulsion et à l'orientation de la politique qualité et du PAQSS.</p>	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Les indicateurs, tableaux de bord ne sont pas aboutis.</p> <p>Les résultats obtenus suite aux évaluations du SMQ et de la qualité et sécurité des soins ne donnent pas lieu à un bilan et à une révision périodique de politique qualité. Suite à la précédente itération, l'établissement a développé ses démarches d'évaluation. L'établissement dispose des résultats d'évaluation et d'indicateurs du SMQ colligés dans un tableau de bord. Il dispose également d'autres résultats d'évaluation dont les IQSS. Les résultats ne sont pas partagés selon un dispositif constant (examen au sein des instances, réunions de direction, communication aux professionnels...) et leur exploitation n'est pas toujours effective. Ce constat concerne également les autres processus audités. Le précédent rapport faisait déjà état d'une insuffisance de connaissance de ces données par les professionnels.</p>	2e
Droits des patients	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'établissement ne met pas en œuvre d'actions d'évaluation structurées sur les droits des patients.</p> <p>Il n'existe pas de système d'évaluation (méthode explicite, périodicité de recueil, modalité d'exploitation des résultats et de suivi des actions...) notamment sur les aspects de bientraitance, de respect de la dignité et de l'intimité, sur la confidentialité, sur les bonnes pratiques de gestion des contentions, sur la personne de confiance et le recueil des directives anticipées, sur la recherche du consentement.</p>	1d
Parcours du patient	P / Organisation interne	NC	<p>L'organisation interne de sécurisation du processus parcours patient n'est pas totalement définie.</p> <p>Il existe une grille d'évaluation du risque suicidaire, intégrée à un protocole, ayant été validé en 2016. Cette grille est présentée comme étant en cours de diffusion mais n'aurait pas été adoptée au niveau médical. Elle est vécue comme peu aisée pour les professionnels non spécialisés en santé mentale. L'absence de clarification de la position institutionnelle quant à l'évaluation du risque suicidaire entraîne des variabilités de pratiques. Le constat relatif au risque suicidaire a déjà été relevé lors de l'itération précédente.</p>	19c

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>Dans le cadre du dispositif d'urgence vitale (équipement, formation), il a été constaté que les professionnels ne pouvaient recourir à un protocole de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, l'établissement n'ayant pas formalisé de conduite à tenir. Au cours de la visite, l'établissement a entrepris de remédier à cette situation en engageant la diffusion du protocole du CESU.</p> <p>Ces situations sont susceptibles d'occasionner des pertes de chances pour les patients.</p>	
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La mise en œuvre du respect des libertés individuelles n'est pas toujours effective.</p> <p>La prescription qualitative des contentions (modalité) est effective ; l'argumentaire et la réflexion bénéfique risque ne sont pas systématiquement tracés malgré une politique contention et une conduite à tenir formalisées par l'établissement. En outre, les contentions (pelviennes, barrières de lits) ne font pas l'objet d'une réévaluation à périodicité définie tracée. Ces contentions concernent les patients de médecine et de SSR. Ce risque n'est pas relevé dans le Compte qualité.</p>	10e
Dossier patient	P / Organisation interne	NC	<p>Les besoins et ressources nécessaires à la gestion du dossier patient sont incomplètement définis.</p> <p>Les besoins en structuration du dossier patient informatisé sont incomplètement pris en compte. Les fonctionnalités ne correspondent pas toujours aux besoins du terrain par l'absence d'écran adapté ; pour remédier aux limites de l'outil, les professionnels mettent en œuvre des processus d'adaptation, (utilisation de supports manuscrits générant des incomplétudes des données dans le DPI ou des redondances de saisies, saisies des démarches d'éducation thérapeutique dans des « cibles » aléatoires dont le libellé n'est pas explicite, dispersion des informations dans des écrans variables pour tracer l'information et les consignes pour les patients susceptibles de nécessiter une limitation ou un arrêt de traitement dans une procédure collégiale « LATA »). Au-delà de l'ergonomie, il a été observé également l'absence d'identification des échéances de réévaluation de la prescription de contention, l'absence de support unique de prescription / administration des médicaments au niveau du mode dégradé. Enfin, sur le plan matériel, il a été constaté l'absence de conditions de stockage sécurisées pour une partie des dossiers médicaux (conteneur modulaire et ancien garage en extérieur) sans protection d'intrusion ni détection incendie.</p>	14a
Gestion du système d'information	P / Organisation interne	PS	<p>Le système d'information n'a pas totalement organisé l'accessibilité et l'adéquation des informations.</p> <p>L'établissement n'a pas prévu une organisation permettant d'attribuer des codes d'accès en dehors du fonctionnement normal (par les cadres d'astreinte par exemple). En conséquence cela génère la mise en œuvre du mode dégradé papier dont ce n'est pas la finalité ce qui crée un risque de perte de données dans le DPI.</p>	5a