



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
CHÂTEAU CHINON**

**42 rue Jean Marie Thevenin  
58120 CHÂTEAU CHINON**

**FÉVRIER 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER CHATEAU CHINON	
Adresse	42 rue jean marie thevenin 58120 Chateau Chinon
Département / région	NIEVRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	580780047	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAU-CHINON	42 rue jean marie thevenin 58120 Chateau-Chinon(Ville)
Etablissement de santé	580971000	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH CHATEAU-CHINON	42 rue jean marie thevenin 58120 Chateau-Chinon(Ville)
Etablissement de santé	580972651	CENTRE HOSPITALIER CHATEAU CHINON	42 rue jean marie thevenin 58120 Chateau Chinon

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	16
SLD	SLD	30
SSR	SSR	20

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

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement (A).

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

## **3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé**

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

## **4. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

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

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

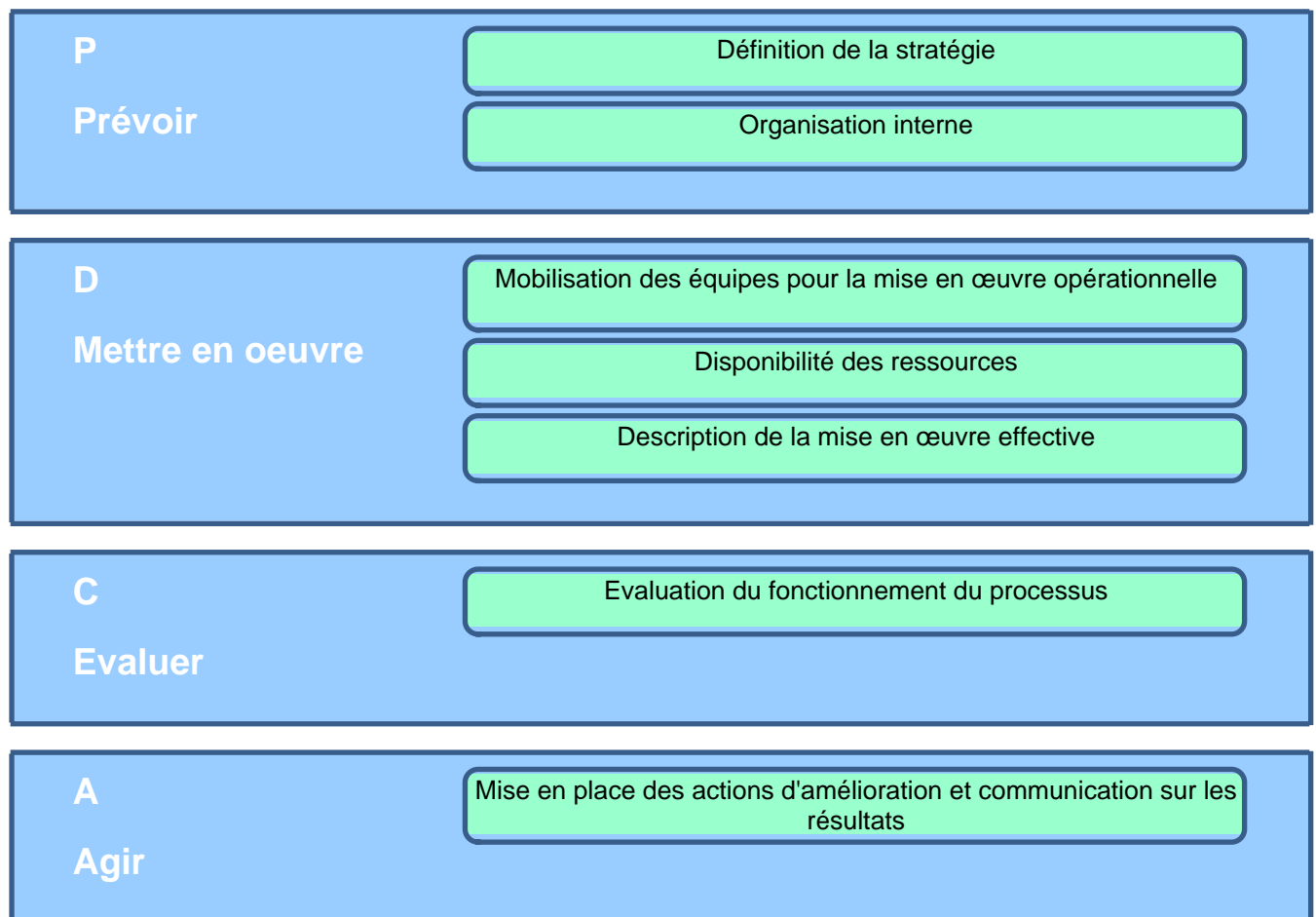
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique qualité a été formalisée en septembre 2017. Elle porte sur les années 2017-2020. Elle a été validée par la CME à la même période. Elle contient 7 axes de progrès :

- 1 – Améliorer la prise en charge du patient en développant une culture de l'éthique et de la bientraitance,
- 2 – Consolider la qualité de la prise en charge médicamenteuse,
- 3 – Renforcer le dispositif de management de la qualité et gestion des risques,
- 4 – Poursuivre les actions de lutte contre les infections nosocomiales,
- 5 – Consolider la prise en charge palliative,
- 6 – Promouvoir l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), et le développement des patients traceurs comme levier d'amélioration,
- 7 – Améliorer la communication interne et externe.

Ces axes de progrès sont déclinés en objectifs dans le programme d'amélioration qualité et de la sécurité des soins 2017-2020, avec pilotes désignés et calendrier proposé. Un programme d'actions qualité (PAQ), regroupe les actions proposées suite à l'identification des risques de l'établissement réalisée (compte qualité), celles portant sur le suivi de la précédente itération, l'analyse de CREX, les audits processus, les IQSS et quelques événements indésirables. Un projet médical 2015 – 2019 avait été également validé par la CME en août 2015, dans lequel était intégrée une fiche action relative à l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques en lien avec les exigences réglementaires. Le suivi de ce plan est assuré par l'assistante qualité (en l'absence de l'ancien Responsable Assurance qualité qui a quitté l'établissement fin juin 2018), la CME et le COGERIS (Comité de coordination des vigilances et de la gestion des risques). Le plan d'actions est suivi lors de chaque CME (4 fois par an), ou réunions du COGERIS (3 à 4 fois par an – 2 en 2018 au jour de la visite).

Dans le cadre de la préparation de la présente procédure de certification, des groupes de travail pluriprofessionnels ont été mis en place afin d'élaborer une cartographie des risques en analysant les différents processus de l'établissement, qu'ils soient supports, managériaux, centrés patients ou sur les parcours de soins. Ce travail a permis de formaliser des comptes qualité, préparés par les pilotes (dotés de fiches de mission identiques validées par la CME en avril 2017).

La grille HAS (FXG) et niveau de maîtrise a été utilisée pour l'ensemble des processus, hormis pour le processus MQR. Les différents comptes qualité ont été validés par la direction, le COGERIS et la CME en décembre 2017. Les risques considérés prioritaires par les groupes y ont été inscrits (risques supérieurs à une cotation de 12 points, selon la grille HAS). Le nombre de risques prioritaires retenus varie selon les processus (en moyenne une dizaine par processus).

Le compte qualité a été présenté en CDU en septembre 2017. Cependant le Conseil de Surveillance, n'a pas statué sur la politique qualité 2017-2020, ni sur le programme qualité (PAQSS). En effet, la politique qualité a été présentée au Conseil de surveillance aux instances en octobre 2017, sans qu'un vote ne soit sollicité (idem en CDU en septembre 2017). De plus, le programme d'actions qualité (PAQ) n'inclut pas les informations contenues dans le rapport annuel de la CDU ni le suivi des actions à réaliser suite aux contrôles externes. Le PAQ présenté n'intègre pas les recommandations de la CDU ni les prescriptions suite aux contrôles externes (Commission de Sécurité et DDSP). Pour ce dernier point, aucun tableau de suivi n'a pu être présenté aux experts visiteurs.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus management de la qualité gestion des risques. Ainsi, la stratégie est portée par la Directrice déléguée de l'établissement, la vice-présidente de la CME (en l'absence actuel d'un Président), ainsi que la Directrice des soins par intérim. En l'absence du précédent Responsable qualité, qui a quitté l'établissement fin juin 2018, le pilotage opérationnel est confié à une assistante qualité à temps plein, qui a bénéficié de plusieurs formations qualité gestion des risques. Ce pilotage se fait en lien avec deux cadres de santé du secteur sanitaire et médicosocial, et avec le soutien au mois d'octobre d'un RAQ de deux autres établissements du GHT. A noter que l'établissement a également bénéficié de l'appui d'un cabinet de conseil pour répondre aux réserves et recommandations de la V2010 et à la préparation de la V2014. Un Comité de pilotage qualité et gestion des risques (COGERIS), en lien avec la CME, assure le pilotage institutionnel de la démarche. Il est composé des cadres de l'établissement : Directrice déléguée, Vice-présidente de la CME, chef des services techniques, deux cadres de santé (sanitaire et médicosociale), responsable des ressources humaines, Directrice des soins par intérim et l'assistante qualité. Le comité se réunit au moins 3 fois par an (2 depuis le début de l'année). Une organisation est en place permettant le déploiement et la mise en

œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels. Lors de la visite 27 EPP en cours, dont 50 % portaient sur des audits, 11 % sur des pertinences de soins, 11 % concernant le suivi d'indicateurs, et 11 % portant sur des chemins cliniques. Les autres instances contribuent également à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : CDU, CLIN, CLUD, Cellule Identitovigilance, ... Les vigilants adaptés à la structure sont nommés (matérovigilant et pharmacovigilant, infectiovigilant, identitovigilant, hémovigilant). Une procédure d'organisation des vigilances (version 5 d'octobre 2017), détaille les modalités de réception ou d'émission des différents alertes. D'autres référents sont en place : Système d'information hospitalier, Vigipirate, incendie. La coordination des dispositifs de vigilance et de veille sanitaire et la gestion globale des risques ainsi que la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont effectives grâce aux rencontres des différents professionnels lors des COGERIS ou autres groupes de travail. Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement, hors l'absence d'un gestionnaire de risques associés aux soins, prévu mais actuellement vacant, dispose des moyens nécessaires, que ce soit en termes de ressources humaines mises à disposition, de formations dispensées, locaux matériels ou documents à disposition, et un dispositif de gestion documentaire, opérationnel et connu des professionnels. Un dispositif de gestion « papier » des événements indésirables est en place, tout comme un dispositif de gestion des plaintes et des réclamations, en lien avec la CDU. Les plans de crise de l'établissement (plans blanc, bleu et sécurisation), sont formalisés.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La structuration du dispositif qualité gestion des risques de l'établissement, malgré le départ de l'ancien RAQ, a permis la mobilisation de l'ensemble des professionnels, médicaux comme non médicaux. La CME et le COGERIS sont mobilisés dans ce sens et un cabinet de conseil y a contribué (avec 14 jours de présence sur site), tout comme la présence au mois d'octobre d'un RAQ de 2 établissements voisins du même GHT. Les différentes actions intégrées dans le PAQ sont déclinées dans les services, de soins ou non. Le programme qualité gestion des risques, issu de l'analyse du processus qualité, est quant à lui orienté en priorité vers des actions institutionnelles stratégiques. Les professionnels sont également incités à déclarer des fiches d'événements indésirables (FEI). A noter l'existence d'une charte de signalement des événements indésirables (avril 2017). Une stratégie est également en place concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité sécurité des soins, avec la participation des professionnels aux groupes de travail, rédaction et mise à jour de protocoles et autres procédures, réalisation d'audits, ... Des campagnes de sensibilisation sont également engagées : hygiène des mains, semaine sécurité des patients, affichages, .... Des actions correctives sont mises en place en tant que de besoin. Les professionnels y participent.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et équipements sont adaptés à la mise en œuvre de ce processus. A noter en ce qui concerne les moyens humains l'absence depuis fin juin 2018 d'un responsable qualité. Le dispositif de gestion documentaire, avec classeurs papier et gestion très récemment informatisée, est opérationnel et connu par les professionnels. Il est accessible par tous. Les professionnels sont formés ou informés, et les nouveaux arrivants bénéficient de formation adaptée pour la mise en œuvre de ce processus. Durant la période de recrutement d'un nouveau Responsable Assurance Qualité Gestion Des Risques, le GHT Nord a mis à disposition de l'établissement, un ingénieur Qualité Gestion Des Risques dans le cadre de la mutualisation des compétences et a assuré la fonction du Gestionnaire Des Risques associés aux soins. Un Responsable Assurance Qualité et Gestion Des Risques associés aux soins a été embauché en décembre 2018.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les membres du COGERIS, de la CME, et des groupes de travail se mobilisent pour déployer des démarches qualité dans l'établissement. Des actions qualité sont ainsi déclinées dans l'ensemble des secteurs, soignants ou non. Les protocoles et procédures sont connus ou disponibles. Le signalement des événements indésirables est effectif. Leur réception est assurée par l'assistante qualité, qui les analyse en lien avec un cadre de santé du secteur médico-social référente « événements indésirables » de l'établissement, et les transmet aux responsables concernés. Des accusés de réception sont transmis aux déclarants, et les suites données sont apportées la plupart du temps aux déclarants. Le nombre total des événements indésirables déclarés s'élevait à 267 en 2017, 363 en 2016 et 328 en 2015 (47 mi-octobre 2018 dont 5 critiques concernant le secteur sanitaire stricto sensu - médecine, SSR et USLD -, et 115 en 2017, avec 8 critiques et ou catastrophiques). Des CREX sont en place : 5 en 2017 (uniquement pharmaceutique), 5 en 2016 (dont une non pharmaceutique), 3 en 2015 (dont une non pharmaceutique), avec une volonté d'en réaliser au moins 4 par an. La gestion des plaintes et des réclamations (14 réclamations en 2017 et 22 éloges - 12 éloges en 2016 et 9 réclamations en 2016), est assurée par la Direction de l'établissement et la CDU lorsque celle-ci est opérationnelle (la CDU fonctionnant de façon erratique depuis plusieurs mois du fait d'absence de représentants des usagers siégeant pour cause de maladie ou d'absence de volontaire). Le recueil de la satisfaction des usagers est réalisé, avec toutefois

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement de la démarche qualité gestion des risques initiée par l'établissement est réalisée de façon plurielle : suivi du PAQ intégrant les actions présentes dans le compte qualité, les patients traceurs réalisés (8), le suivi des IQSS, le suivi des EI, grâce à la présence d'un tableau de bord de suivi comprenant « date évènement, description, conséquences, mesures immédiates prises, actions correctives à mettre en œuvre, actions correctives mises en œuvre, date de réalisation », et le déploiement important d'audits (13), dont celui concernant la douleur, le suivi de l'IMC, l'audit des pratiques soignantes en Hémovigilance, audit sur l'identitovigilance lors de l'administration du médicament, bionettoyage chambre, préparation des injectables par les IDE). Des indicateurs de pratique clinique sont suivis : chute, repérage IMC, escarres et évaluation réévaluation de la douleur. Les actions présentes dans le PAQ comportent le nom d'un responsable, un échéancier, les modalités de suivi et l'état d'avancement. L'efficacité du PAQ est évaluée lors de chaque CME ou COGERIS. Ainsi, lors de la visite, un peu plus de 50 % des actions prévues dans le PAQ et incluant les actions des comptes qualités étaient réalisées et 34 % en cours de l'être. Le programme qualité gestion des risques, datant de septembre 2017, ne l'a toutefois pas encore été. Des CREX sont en place. Un tableau de bord Management de la Qualité et gestion des Risques (MQR), est également suivi par le management de l'établissement, avec plusieurs indicateurs : nombre de COGERIS, de FEI, de CREX, de PT. L'établissement a également développé une importante analyse de ses pratiques, avec 27 EPP suivies (incluant toutefois les IQSS). La CME les suit à chaque séance. Cependant, les causes profondes des évènements indésirables graves ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse profonde. En effet, 8 évènements indéchirables considérés comme critiques et ou catastrophiques avaient été signalés en 2017, sans que la totalité de ces évènements aient fait l'objet d'une analyse profonde.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre par l'institution grâce aux indicateurs suivis (IQSS ou autres), à l'identification des risques réalisée dans le cadre de l'élaboration du compte qualité ainsi qu'aux déclarations d'évènements indésirables formalisées par les professionnels. La CME et le COGERIS suivent les actions mises en place. La plupart des informations relatives à la mise en place d'actions sont faites par les cadres lors des réunions hebdomadaires. D'autres moyens permettent de communiquer sur les résultats : affichages dans les salles de transmission (douleur, circuit médicament, hygiène des mains), journal interne « La plume de PAON », avec une présentation de la politique qualité en 2016, publication des résultats certification en 2014), par la diffusion de comptes-rendus d'instances, lors de la semaine sécurité patient, la publication d'un bulletin qualité, avec 4 exemplaires sortis en 2016 et 2017, dans lesquels étaient présentés le résultat de 2 processus : droits et prise en charge médicamenteuse, en présentant les membres du groupe de travail, la démarche EPP, les indicateurs, les résultats des audits. La démarche s'est ralentie en 2018, du fait du départ du RAQ. L'établissement s'est par ailleurs mobilisé pour assurer le suivi des recommandations de la précédente itération, et a apporté des réponses conformes aux attendus.





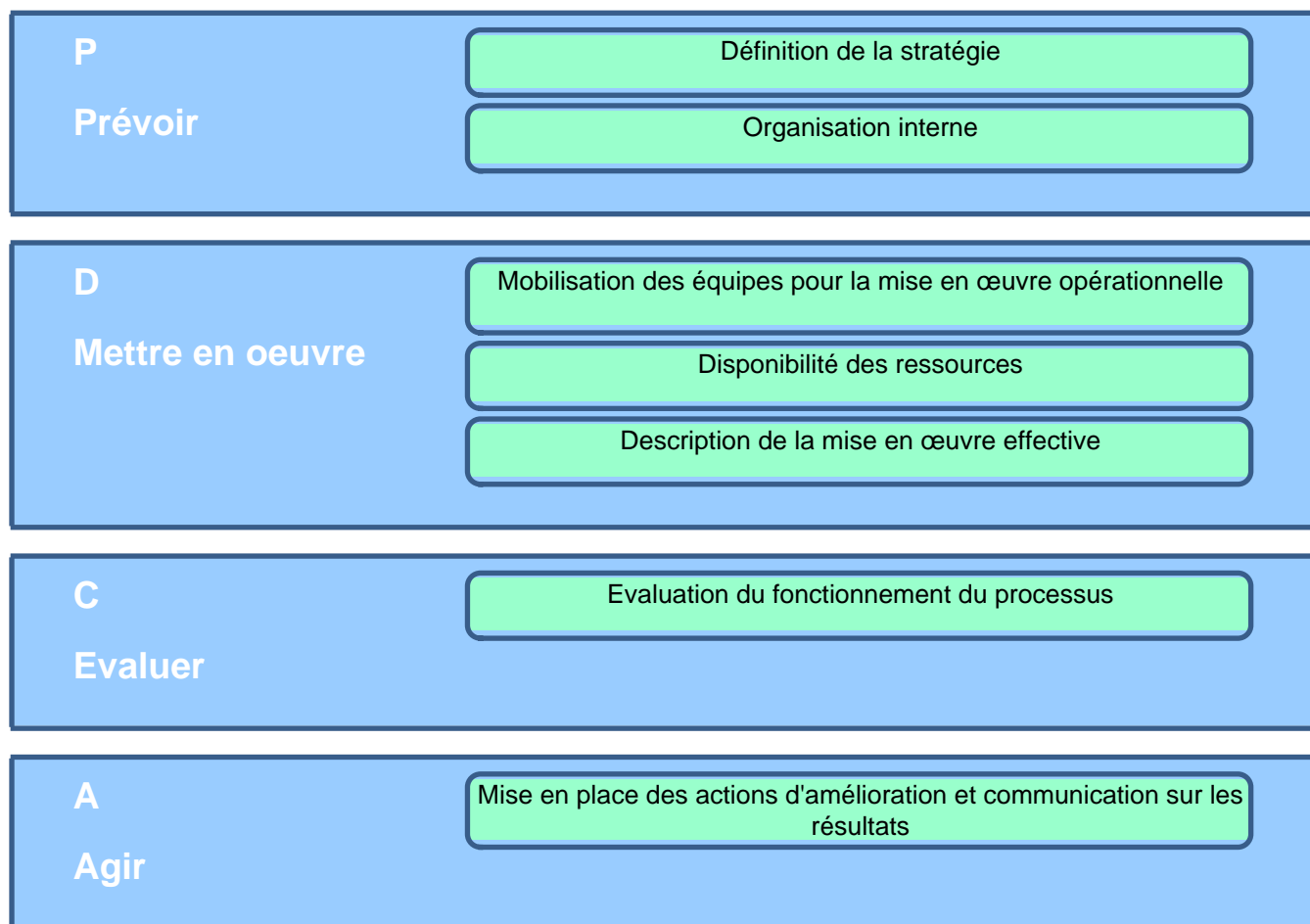
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique de maîtrise du risque infectieux est déclinée dans le document « Politique de lutte contre les infections associés aux soins ». Ce document décrit l'organisation locale autour du CLIN et de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène départementale. Il détaille les modalités de fonctionnement : surveillance et déclaration, maîtrise de l'environnement, prévention des infections nosocomiales, formation et évaluation des connaissances, information du patient et des usagers. Cette politique est en lien avec la CME (la présidente du CLIN est vice-présidente de la CME), le rôle du gestionnaire de risques associés aux soins est défini, mais actuellement le poste est vacant. L'analyse des risques a priori a été réalisée avec la cadre de santé et le personnel infirmier. Les agents de service hospitaliers ont été conviés mais non représentés. 10 risques ont été retenus dans le cadre de l'élaboration du compte qualité de ce processus. L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène départementale, en collaboration avec le CLIN, pilotent et mettent en œuvre la politique de maîtrise du risque infectieux. Les missions couvrent :

- La gestion des conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi, etc.), et des risques (air, eau...),
- La gestion de l'ATB (bonne pratique, réévaluation),
- Le recueil et l'analyse des IQSS,
- La veille réglementaire et épidémiologique,
- L'analyse des risques au regard de l'établissement et l'élaboration du plan d'action, articulé avec le PAQ de l'établissement, diffusé aux instances et au personnel,
- Support à la gestion de crise et à la déclaration externe des infections associées aux soins graves.
- La formation du personnel.
- L'évaluation et l'amélioration continue de la mission.

L'établissement a également analysé les résultats des indicateurs IQSS, dont certains n'atteignent pas les cibles. Un plan d'amélioration de la qualité de la thématique est réalisé, reprenant les actions incluses dans le compte qualité "risques infectieux", avec des objectifs, des pilotes et l'état d'avancement actualisé. Ce plan, articulé avec le PAQSS 2017-2020 de l'établissement, est décliné en programme d'actions annuel du CLIN, et présenté en instances (CME avril 2018 par exemple). Le bilan des actions du CLIN est présenté à la CME.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation interne est définie. Ainsi, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène est constituée d'une IDE hygiéniste à 0.25 ETP, et d'un médecin à 0.1 ETP (secteur sanitaire et médico-sociale). Des correspondants Hygiène sont nommés dans chaque service, avec des rôles et responsabilités définis et précisés dans la fiche mission « correspondant hygiène ». La présidente du CLIN est référente en ATB, nommée en mai 2018. Les prescripteurs ont accès à une astreinte d'infectiologie organisée par le CHU de Dijon et Besançon. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Les professionnels sont formés lors de leur recrutement et périodiquement à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux. Cependant, la formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques n'est pas effective. Les besoins en procédures sont identifiés. Ces dernières sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire, mises à jour et disponibles dans les unités. Les procédures et protocoles suivants sont validés, actualisés et disponibles :

- Hygiène de base : hygiène des mains, précautions lors de risque de contact avec le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine, tenue professionnelle,
- Hygiène des actes à haut risque d'infection : sondage vésical, pose et surveillance de cathéter....,
- Utilisation des produits : bon usage des antibiotiques (protocole ATB clostridium, livret d'antibiothérapie, utilisation des antiseptiques et des désinfectants (ICATB et ICSHA),
- Gestion de l'environnement : entretien des locaux d'hospitalisation, surveillance de légionelles....,
- Maîtrise de la qualité de l'environnement et gestion des déchets d'activité de soins,
- Maîtrise des bactéries multi résistantes,
- Surveillance des infections nosocomiales,
- Recommandations de bonnes pratiques,
- Gestion des épidémies, veille épidémiologique ascendantes et descendantes.

Les documents de traçabilité sont disponibles (bio-nettoyage, antibiothérapie à la 48è heure...), ainsi que les documents d'information (livret d'accueil du professionnel, livret d'accueil patient, documents d'information en cas d'isolement...). Les ressources matérielles sont adaptées à l'activité. Les circuits des déchets, du linge, sont identifiés et respectent les règles d'hygiène et de sécurité. La qualité de l'air est

vérifiée. Les besoins en matériel nécessaire à l'information et la mise en place des isolements sont définis. Un dispositif informatisé d'alerte de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène par le laboratoire d'analyses médicales lors de détection de bactéries résistants est en place. Une surveillance des consommations d'antibiotiques est en place, et présenté aux instances (CME).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le pilotage institutionnel (CLIN et Équipe Opérationnelle d'Hygiène), est relayé par la cadre de santé et les correspondants en hygiène. Ils informent les professionnels des relevés du CLIN, et les mettent en œuvre dans leurs secteurs. Le management s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...). Les équipes ont accès aux évaluations, sont invitées à participer à des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), et à déclarer des événements indésirables en rapport avec la thématique. Cependant, la mobilisation des équipes sur le terrain reste relative. Il existe peu de déclarations d'évènements indésirables concernant le risque infectieux. Il existe également une méconnaissance de la définition d'une infection associée aux soins, une faible utilisation du livret d'usage de l'ATB et un faible niveau de vaccination des agents contre la grippe (7% selon la médecine du travail).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des correspondants hygiène sont désignés par secteurs. Ils bénéficient de formation et sont un relais auprès des équipes. Le référent ATB a été nommé récemment (mi 2018). Il existe également une Équipe Opérationnelle d'Hygiène, dont des temps de travail sont dédiés. Des formations hygiène des locaux sont dispensées. Les documents sont disponibles dans la gestion documentaire, et à jour, présentés en CME et validés. Les protocoles d'antibiothérapie sont disponibles (livret antibiothérapie, protocole de traitement des infections à Clostridium difficile...). Les containers à produit hydro-alcoolique sont trouvés dans les chambres de patients, et sur les chariots de soins. Le matériel de bio-nettoyage est disponible, et le circuit des déchets est conforme. Le matériel nécessaire aux mesures d'isolement est disponible. La procédure de conduite à tenir devant un accident exposition sanguin est affichée et kit de prise en charge accessible.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), met en œuvre une surveillance adaptée à l'activité de l'établissement :

- Écologie microbienne : participation à l'enquête nationale de prévalence des IN (2017 7% sur une 60 patients/résidents), surveillance des BMR...
- Surveillance des légionelles annuelles.

Les professionnels connaissent les protocoles de bio-nettoyage, de prévention du risque infectieux environnemental, de gestion des déchets et les mettent en œuvre. S'agissant de la lutte contre les infections et le bon usage des ATB, les professionnels utilisent la SHA, avec cependant un indicateur ICSHA 3 2018 classé C. Le personnel connaît et applique les protocoles d'hygiène lors des soins. Si l'évaluation de l'ATB entre la 24ème et 72ème heure est tracée en médecine à 100%, elle est perfectible en SSR (50%). Les procédures d'isolement : prescription, évaluation par l'EOH, mise à disposition et utilisation du matériel et information du patient et des proches sont mises en œuvre. L'EOH surveille les BMR et en fait un retour au CLIN. Les résultats 2017 montre une prévalence de SARM de 46%, une incidence de SARM et BLSE plutôt inférieure à la moyenne nationale. L'établissement n'a pas signalé de portage ou d'infection à BHR. L'isolement de Clostridium difficile est stable par rapport à 2016. La consommation des antibiotiques est surveillée par la pharmacie à usage intérieur depuis 2017. La procédure de signalement d'une BMR à partir du laboratoire d'analyse à l'EOH est mise en œuvre. L'EOH met en œuvre le plan de formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux, intégré dans le plan de formation institutionnel. 6 agents ont participé à la journée hygiène des mains en mars 2018. Un livret d'accueil du nouvel arrivant intègre un chapitre dédié aux bonnes pratiques d'hygiène.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques est évalué à l'échelle de l'établissement et par secteur tous les ans notamment à l'aide des indicateurs IQSS, d'audits internes (rapport sur la consommation des ATB, suivi des consommations SHA, hygiène des mains, réévaluation des ATB, bio-nettoyage des chambres, évaluation de la gestion des déchets...). Les résultats sont pris en

compte par le CLIN, en coordination avec l'EOH. Des actions correctrices sont mises en place et suivi par le CLIN. Ces éléments sont intégrés dans le programme annuel d'action du CLIN, présenté en CME.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place, incluses dans le plan annuel du CLIN présenté en instances. Ce plan décline des résultats des évaluations (IQSS, audits, réglementation...). Les résultats des indicateurs en dessous de la cible font l'objet d'une analyse et d'une action, avec un pilote, et des échéances. Des audits de réévaluation sont réalisés dans le cadre d'EPP pérennes : (EPP évaluation du circuit de gestion des déchets notamment). Des comparaisons avec les autres établissements sont réalisés (consommation des ATB avec Benchmarking avec les établissements du même type). Des résultats positifs sont obtenus comme l'IQSS ICATB2 E en 2016 amélioré à B en 2018. Ce plan comporte les rubriques de réalisation de protocole, d'évaluation, de formation, de surveillance... La communication se fait aussi vers les usagers : les indicateurs IQSS sont affichés dans les postes de soins et le hall, le risque infectieux est abordé dans le livret d'accueil patient et des nouveaux professionnels et le compte-rendu de sortie.

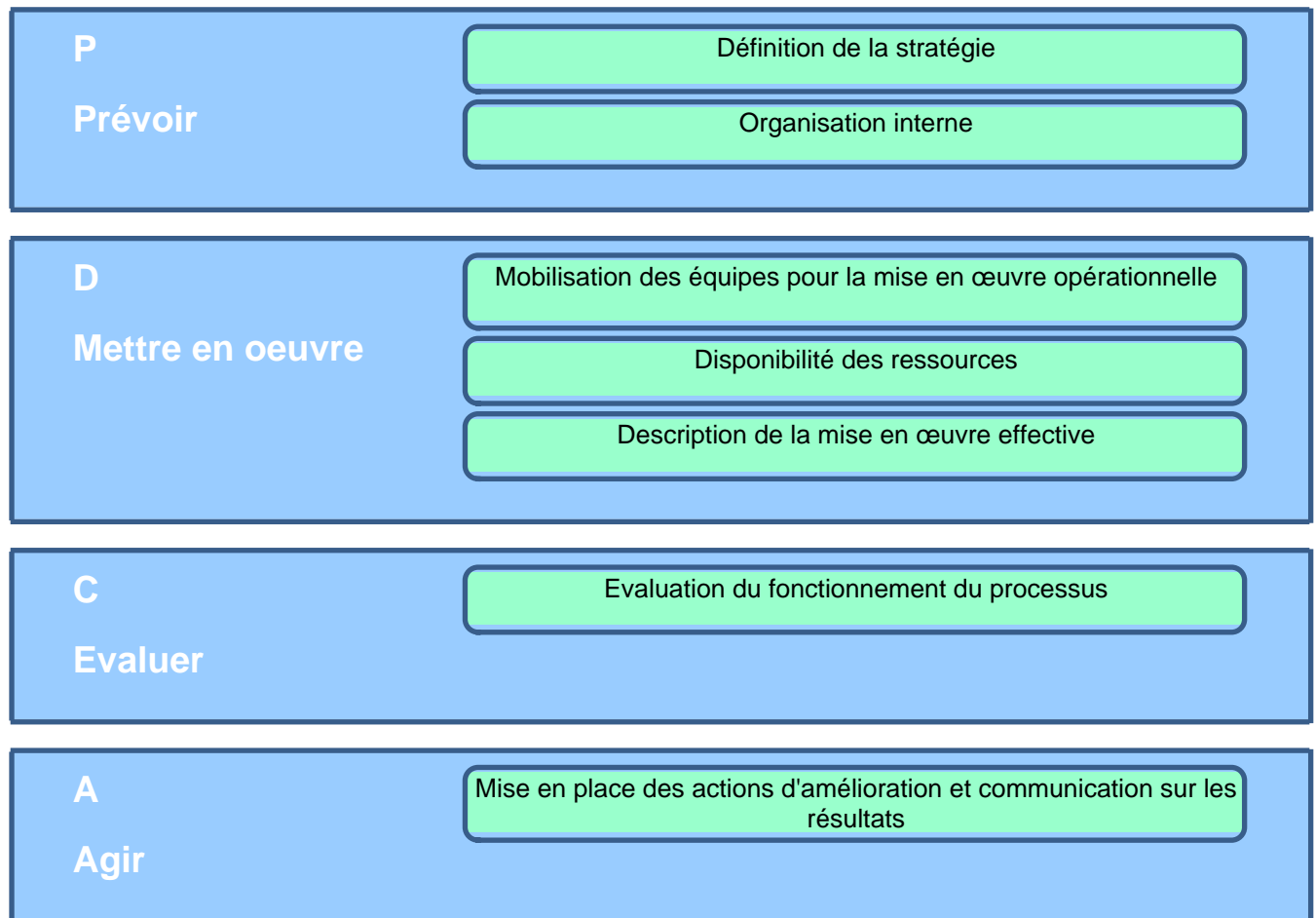
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

La politique de promotion de la bientraitance définit le respect des droits et libertés des patients et résidents dans l'établissement, en association avec la CDU. La politique qualité gestion des risques 2017-2020 a inscrit, dans ses axes stratégiques, l'amélioration de la prise en charge du patient en développant une culture de l'éthique et de la bientraitance. Le compte qualité du processus "droits des patients" a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire qui a défini la cartographie des risques, les objectifs et les priorités d'action sur les 11 risques principaux, sur la base des risques résiduels. Cette stratégie a été présentée en CDU, en COGERIS et en CME. L'information aux professionnels s'est faite lors de réunions plénières afin de présenter l'avancée du plan d'action. Ce plan d'action formalise les modalités de mise en œuvre du programme par la définition d'objectifs, d'actions, de responsables, d'échéances et d'indicateurs de suivi. Il est intégré au plan d'action institutionnel (PAQ). Un projet des usagers CDU GHT est instauré. Il a été validé par la CDU du GHT du 07/03/2018, par la CME GHT et le comité stratégique du GHT le 20/03/2018.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes de cette thématique ont été choisis sur la base du volontariat. Leurs missions sont définies et formalisées. L'assistante qualité assure une veille régulière avec les cadres, les pilotes et les responsables des actions à mettre en œuvre. Les services d'hébergement ont été associés aux travaux du pôle sanitaire. Les besoins en ressources humaines sont identifiés, essentiellement par les actions de formation : formations en 2016 et 2018 sur les dommages liés aux soins, sur les droits des patients, sur la bientraitance. Le thème du respect des droits des patients est repris lors des entretiens d'évaluation du personnel et dans le livret d'accueil du personnel. Les besoins en locaux, identifiés lors du projet d'établissement 2009-2014, concernent essentiellement la rénovation des bâtiments et sont pour une partie encore d'actualité bien que certaines aient été réalisées : service de médecine, une partie de l'USLD (fait en interne, 3 chambres par an). Le plan pluri annuel d'investissement permet l'achat de matériel et d'équipements comme par exemple des lits spécifiques pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le dispositif de gestion documentaire est organisé : protocoles et procédures sont disponibles en version papier et sur informatique (réalisé en interne). L'établissement est en attente d'une gestion électronique des documents (GED), avec le GHT pour fin 2019. Les professionnels sont informés des nouvelles procédures lors des réunions de service. Une charte de bientraitance a été rédigée et diffusée. Le livret d'accueil informe les patients et résidents sur leurs droits et les missions de la CDU. Cependant, le fonctionnement de la CDU et la représentation des usagers au sein de l'établissement ne sont pas totalement effectifs.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les plans d'actions définis dans le compte qualité sont communs à l'ensemble du pôle sanitaire. Les responsables des actions d'amélioration à mettre en place sont désignés. Régulièrement, l'assistante qualité veille au suivi de la mise en place de ces actions, auprès des cadres, des pilotes du processus et des responsables de la mise en place des actions. Lors des entretiens d'évaluation, les cadres rappellent les objectifs à atteindre. Les professionnels ont été sollicités et le groupe de travail sur ce processus est pluridisciplinaire. Les professionnels rencontrés lors des investigations sur le terrain savent que les questionnaires de sortie permettent d'évaluer la satisfaction des patients et sont informés des résultats. Certains ont été associés au choix des actions à mettre en place, d'autres ont participé à certaines EPP.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les professionnels rencontrés estiment que les effectifs et compétence sont suffisants pour respecter les droits des patients dans leur activité quotidienne. Ils ont reçu une formation sur le dommage lié aux soins, la bientraitance... et une formation sur l'éthique est prévue au mois de novembre 2018. Les nouveaux arrivants sont formés par leurs pairs et sont quelques jours en doublon dans les services. Les protocoles et procédures sont disponibles en version papier (un classeur dans le service d'USLD pour ce service et un classeur dans le service de médecine pour les services médecine et SSR). Ils sont également disponibles sur les postes informatiques. Ces documents sont actualisés. Une procédure de signalement formalise les modalités de déclaration d'évènements indésirables. Dans les services visités, le matériel est adapté et disponible et les locaux compatibles avec les soins à dispenser. Les professionnels sont organisés en interne afin que les outils informatiques soient disponibles et leur permette la traçabilité de leurs actes, malgré le manque d'un ordinateur portable en service de médecine.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont informés dès l'entrée par les IDE et les AS sur l'organisation pratique de leur séjour : sonnette, à qui demander des informations, régimes, convictions religieuses... L'expression des patients et de leurs proches est favorisée, avec toutefois la limite du faible retour des questionnaires de satisfaction. Des formations sur l'éthique, la bientraitance, le dommage lié aux soins sont proposées aux professionnels. Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients (rideaux dans les chambres à deux lits). Les pratiques et les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité (transmissions, réunions de synthèse dans une salle dédiée et fermée). L'entourage du patient est pris en compte: horaires de visite pouvant être modifiés si besoin, accueil personnalisé selon la situation, possibilité de prise de repas ou d'hébergement. La réflexion bénéfique risque et la recherche du consentement sont effectifs, le refus de soins est tracé. La mise en place de contention est prescrite. Le personnel est sensibilisé au respect des libertés individuelles. Le patient est informé sur son état de santé et les soins proposés, il participe à la mise en œuvre de son projet de soins. Le personnel rencontré a confirmé la mise en œuvre de l'organisation relative au respect des droits des patients : respect de la dignité, de la pudeur, de l'intimité, favorisation de l'autonomie, pas de tutoiement, les échanges sont facilités... La participation du patient et/ou de son entourage dans la construction et la mise en œuvre de son projet de soins ou projet de vie en USLD est effective, malgré une réévaluation partielle des projets. Les activités sont tracées sur le logiciel dossier patient. Les interfaces avec les autres secteurs sont en place comme par exemple les relations avec le service restauration concernant les régimes, les aversions, les changements de texture...

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée via les questionnaires de sortie. Cette évaluation est suivie par la secrétaire de direction et transmise à la CDU. Il y a des enquêtes de satisfaction dans le service USLD. L'établissement a également mis en place un suivi d'indicateurs : nombre de CDU, nombre de plaintes, nombre de réclamations, nombre de demandes de dossiers patients, délai moyen de transmission des dossiers médicaux aux patients (dossiers de moins de 5 ans). Il existe également une EPP sur la réflexion éthique et la bientraitance. Les évaluations sont pilotées par l'assistante qualité, la cadre de santé, le groupe processus. Les tableaux de bord sont suivis par la secrétaire de direction.

## A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en place : mise à jour du livret d'accueil sur les directives anticipées, la personne de confiance, le traitement personnel, le projet personnalisé. Le travail sur la politique de bientraitance a permis la rédaction de la charte de bientraitance. Des nouvelles procédures ont été rédigées : accès au dossier, gestion des plaintes, déclaration de maltraitance. Cependant, les préconisations de la CDU ne sont pas systématiquement mis en œuvre et ou suivies, du fait notamment des difficultés de fonctionnement de cette instance. De plus, les actions proposées ne sont pas inscrites dans le PAQ de établissement. La cadre de santé pilote la mise en place des actions d'amélioration. Le groupe processus suit le plan d'action qui est présenté en CDU. Les actions sont portées à la connaissance des professionnels via les réunions de services, des affichages ou via le journal d'établissement.





# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

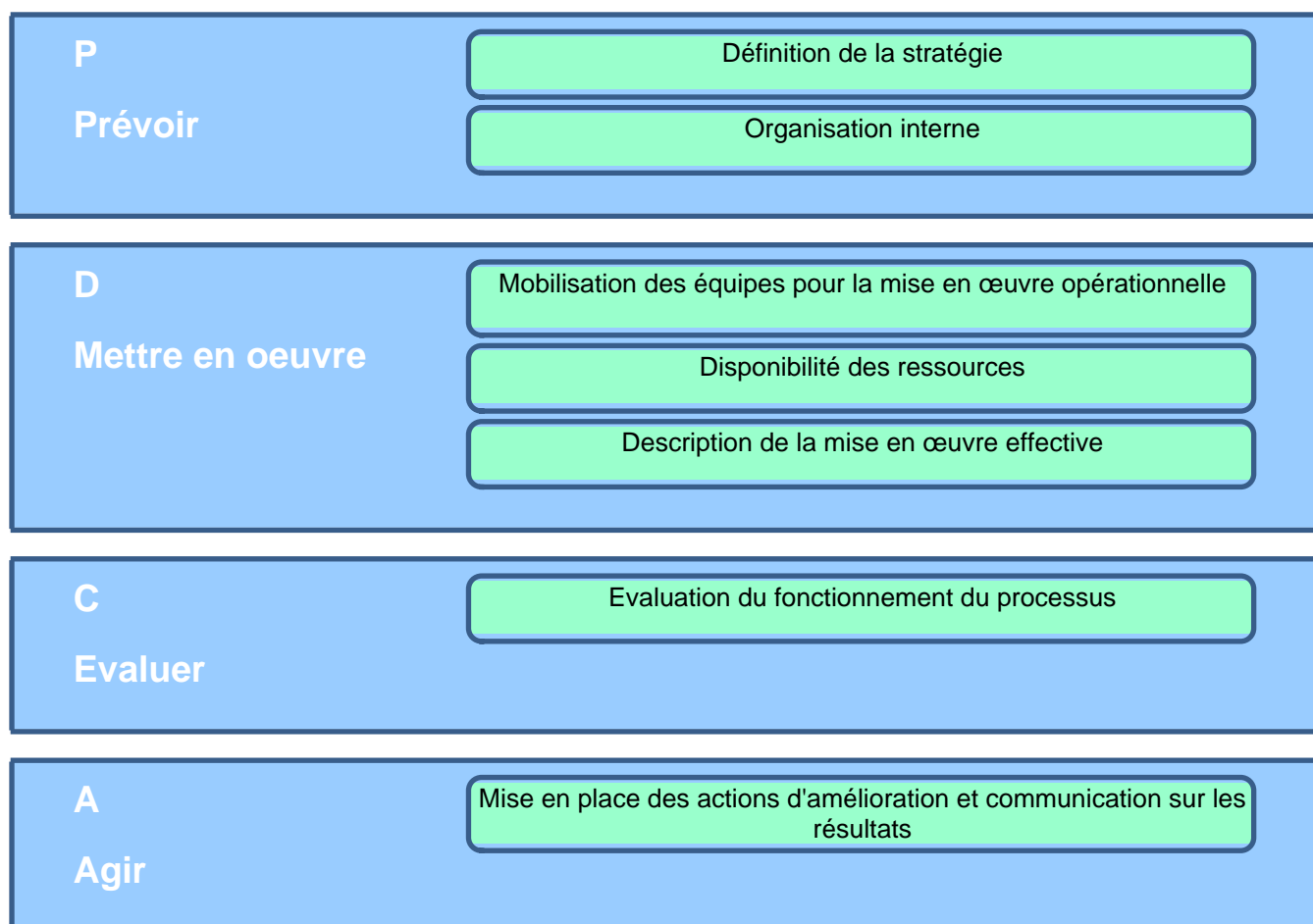
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre hospitalier de Château-Chinon est un Centre Hospitalier de proximité. Il dispose d'une autorisation de 16 lits de Médecine dont 3 LISP, 20 lits de SSR, 30 lits d'USLD pour la partie sanitaire. S'y associe un secteur médico-social avec un EHPAD de 170 places, un accueil de jour, un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et une unité de vie protégée. Sur le même site existe une maison médicale pluriprofessionnelle, gérée par des médecins libéraux, et une antenne de biologie médicale, annexe du laboratoire d'analyses médicales d'Autun. Le CH a accueilli en 2017 385 patients en médecine, avec un IPDMS à 1.19 et un taux d'occupation inférieur à 50% en SSR. Il existe également au sein du centre hospitalier des consultations avancées de cardiologie, chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, gynécologie, ophtalmologie, angiologie, et une table de radiologie standard. De nombreuses conventions sont passées avec le Centre Hospitalier de Nevers, établissement support du GHT de la Nièvre auquel adhère le CH de Château-Chinon. Le bassin de population comporte une forte proportion de personnes âgées, qui sont prises en charge au sein de l'établissement. L'établissement a réalisé une analyse des risques associés au parcours du patient en s'appuyant sur les données issues d'une analyse des risques a priori élaborée en pluridisciplinarité (cadre, IDE, gestionnaire des risques), de ses démarches d'évaluation (méthode patient-traceur, résultats de la certification précédente...), des résultats d'analyse des indicateurs IQSS, ou de l'analyse des événements indésirables liés au parcours du patient (plaintes et réclamations, bilan CDU). Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. L'établissement a identifié des objectifs sur cette thématique. Ils sont déclinés dans le programme qualité de l'établissement qui définit les modalités de sa mise en œuvre (actions, responsables, échéances, modalités de suivi). 21 risques ont été retenus dans le cadre de l'élaboration du compte qualité de ce processus. Cependant, il n'y a pas de projet d'établissement depuis la fin 2014 (le précédent portant sur la période 2009-2014). En effet, la politique du parcours patient du Centre Hospitalier de Château Chinon dépend en grande partie de la politique du parcours patient du GHT et du PRS. Ce dernier étant validé en juin 2018, et le projet médical du GHT en cours d'élaboration, la politique du parcours patient n'est à ce jour pas définie.

**ORGANISATION INTERNE**

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'organise pour assurer les ressources humaines nécessaires (nombre de professionnels, besoins en formation initiale et continue, en particulier la formation aux gestes d'urgence, et y compris pour les nouveaux arrivants), matérielles (locaux, équipements - hormis des ordinateurs portables manquant en service de médecine - , maintenance,..), et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion électronique des documents) nécessaires. L'accueil du patient et de son entourage est organisé et adapté à la taille de l'établissement et aux besoins du patient. L'Unité d'Accueil en Soins Primaires (UASP) permet la prise en charge et/ou l'orientation d'une personne se présentant pour une consultation non programmée. Il s'agit d'une structure expérimentale, ouverte 7j/7 de 8h00 à 20h00 (avec un projet de fermeture à 18h30). Il reçoit sans programmation des patients qui n'ont pu être accueillis par les médecins libéraux de ville ou adressés par les pompiers après évaluation par la régulation. Cette unité a pour vocation de soigner des pathologies non graves. Les soignants référents sont ceux du service de médecine situé à proximité immédiate de l'UASP. L'activité de l'UAPS (environ 400 à 500 consultations par an), et celle du service de médecine (400 séjours/an), autorisent ce fonctionnement sans augmentation majeure du risque de défaut de ressource. La continuité des soins pour le secteur sanitaire est organisée 7j/7 et 24/24, avec les praticiens du Centre Hospitalier et de l'EHPAD. Un renfort par du personnel d'intérim est nécessaire en période de congé. Les différents parcours sont structurés et organisés. L'organisation du dépistage et de la traçabilité des troubles nutritionnels est en place : la macro-cible d'entrée repère les risques nutritionnels, et un relevé des ingestats sur 3 jours est effectué. La texture et le régime du patient est adapté. Un temps de diététicien est prévu (mais qui a quitté l'établissement fin juin 2018). Il existe une commission des menus qui permet l'interface entre la cuisine et les soignants. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés, notamment les patients en soins palliatifs. Un CLAN est organisé, mais ne s'est pas réuni en 2018. Les modalités de coordination des différents acteurs de la prise en charge ont été définies. Une organisation est en place pour l'éducation à la santé, en particulier des dépliants sont remis aux patients qui ont une prescription de médicaments à risques. Un dispositif d'identification des patients à risque suicidaire et de prise en charge adaptée est défini et connu des professionnels. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est formalisée et adaptée aux besoins de l'établissement. Un matériel d'urgence opérationnel est disponible et les professionnels sont formés à son utilisation.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,..). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels.

Des référents par thématique (douleur, médicaments, système d'information, hygiène...), sont nommés par secteur. Ils sont chargés, en coordination avec la cadre, de relayer les informations concernant sa thématique.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en personnel médical sont depuis le recrutement récent (septembre 2018), d'un praticien hospitalier temps plein disponibles en nombre et compétence (à noter la fermeture du service de médecine pendant quelques semaines lors du premier semestre 2018). Le médecin responsable de l'UAPS a une compétence en Médecine d'Urgence. Les besoins en formation sont identifiés et intégrés dans le plan de formation. En 2018, des formations sur la douleur, sur l'accompagnement des personnes âgées, des personnes en fin de vie, les gestes d'urgence ont été dispensées aux équipes. Cependant, les dispositions mises en œuvre par l'établissement ne permettent pas d'assurer en toute circonstance la qualité de prise en charge des patients. En effet, et malgré les recherches actives de l'établissement, la disponibilité des ressources en rééducateurs est limitée, avec le départ récent de la diététicienne et de l'ergothérapeute. La disponibilité en ressources paramédicales est également fragile avec la nécessité de fermeture d'un service d'USLD pendant plusieurs semaines au premier semestre 2017, motivée par la rareté de la ressource soignante. Cette disponibilité limitée impacte l'organisation et la qualité des soins, avec une implication faible des professionnels intérimaires dans l'organisation expliquant en partie les résultats des IQSS, TDP en particulier. Les ressources documentaires sont accessibles sur le système de gestion documentaire récemment informatisé. Les équipes sont cependant restées à une gestion documentaire par classeurs de protocoles qui sont à jour. Certaines procédures sont affichées (conduite à tenir en cas d'urgence, numéro d'urgence...). Le système d'information est en place. Le dossier médical du patient est informatisé dans sa grande majorité. Il persiste un reliquat de dossier papier qui est organisé : résultat des examens biologiques, radiologiques, ECG, courrier des correspondants. Il existe 1 chariot d'urgence et un sac d'urgence, en médecine et à l'UAPS. Les procédures de vérification sont en place, appliquées et tracées. Les locaux sont vétustes mais entretenus.

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

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre du parcours patient et de sa traçabilité, hormis en ce qui concerne l'examen d'entrée en SSR. Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés. La mise en œuvre est réalisée en s'appuyant sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution. Le fonctionnement de l'UAPS permet d'assurer la prise en soin ou l'orientation de personnes se présentant pour consultation non programmée. L'activité de l'UAPS représente entre 500 passages par an en 2017, et environ 250 au premier semestre 2018. La prise en soin du patient se fait en fonction d'une évaluation initiale et continue de son état de santé, dans les délais compatibles avec les exigences de la prise en charge. L'organisation de la continuité des soins 24h/24 7j/7 est opérationnelle. La procédure d'accueil des patients est connue et appliquée. Les entrées se font directement après appel au médecin référent par le SAU d'Autun ou de Nevers (31%) ou par les médecins de ville (37%), l'UAPS ou autre (32%). Les entrées pour les patients SSR et USLD se font sur le logiciel « Via trajectoire », après une commission d'admission. Le patient est accueilli dès son entrée par l'équipe du service (IDE, AS et médecin), qui s'assure de l'identité de la personne. Le livret d'accueil et les informations sur les droits du patient sont donnés. Le patient est évalué dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge par le médecin et l'équipe soignante, en particulier son autonomie, ses besoins, le dépistage de la dénutrition et du risque suicidaire. Les demandes d'examens complémentaires sont argumentés, identifiées, datées et signées. Un plan de soins personnalisé pluridisciplinaire est élaboré et réévalué de manière hebdomadaire, et tracé dans le dossier informatisé en médecine et SSR. L'adhésion du patient à son projet de soin est recherché. L'information au patient et à sa famille est tracée dans le dossier. En USLD, le projet de vie est élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire, la recherche de l'adhésion du patient et de ses proches sont tracés. La réévaluation est toutefois partielle. Les activités de rééducation sont coordonnées durant ces réunions. La sortie est organisée en amont, en prenant en compte les dimensions médicales, l'autonomie, la situation sociale du patient, au besoin avec le service social de l'établissement. Il existe une articulation avec le SSR, en particulier par le logiciel "Trajectoire". La prise en compte de la douleur est effective. La réévaluation existe dans les dossiers de soins, accompagnée des modifications thérapeutiques au besoin. Une

attention particulière est portée aux soins des personnes âgées qui représentent une partie importante de la patientèle : réévaluation de la thérapeutique, recherche des facteurs de fragilité, lutte contre les chutes, .... Un guide de juste prescription médicamenteuse chez la personne âgée est disponible. La prise en compte de la fin de vie est une préoccupation. L'établissement a accès à l'avis d'une équipe mobile de soins palliatifs départementale, qui intervient toutes les semaines sur site. Cependant, l'établissement ne dispose pas de programme d'ETP labellisé, même si des projets sont en cours d'élaboration, et qu'une IDE est formée. Il oriente les patients vers les structures adéquates à proximité. Le personnel médical et soignant donne les informations aux patients sur leurs thérapeutiques, au besoin avec des supports comme la surveillance des traitements AVK.

## **C / EVALUER**

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

En fonction des risques et des besoins identifiés le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle par des actions adaptées à leur besoins. La vérification l'effectivité des bonnes pratiques professionnelles est assurée par les responsables des unités (..). Elle est recherchée par des EPP, en particulier des audits patients traceurs, qui permettent une participation des professionnels. Des indicateurs sont définis et suivis comme les IQSS. D'autres indicateurs comme l'activité, l'IPDMS, les taux d'occupation, le taux recours à l'intérim sont inclus dans l'évaluation du processus. Des plans d'action sont issus du suivi des indicateurs et intégré dans le PAQ. Les dysfonctionnements sont signalés par les professionnels via le système de gestion des événements indésirables.

La rencontre avec les professionnels dans les unités de soins démontre leur participation dans la démarche : participation aux audits patient traceur, CREX, élaboration et application des actions d'amélioration.

## **A / AGIR**

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, en 2018, ce programme propose entre autre de poursuivre les travaux EPP, d'améliorer la traçabilité de la douleur, en incluant le siège, d'améliorer la formation sur la PEC de la douleur.... Des modalités de suivi sont définies pour chaque EPP (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU. La plupart des informations relatives à la mise en place d'actions sont faites par les cadres lors des réunions hebdomadaires. D'autres moyens permettent de communiquer sur les résultats : affichages dans les salles de transmission, journal interne « La plume de PAON », par la diffusion de comptes-rendus d'instances, lors de la semaine sécurité patient, ...

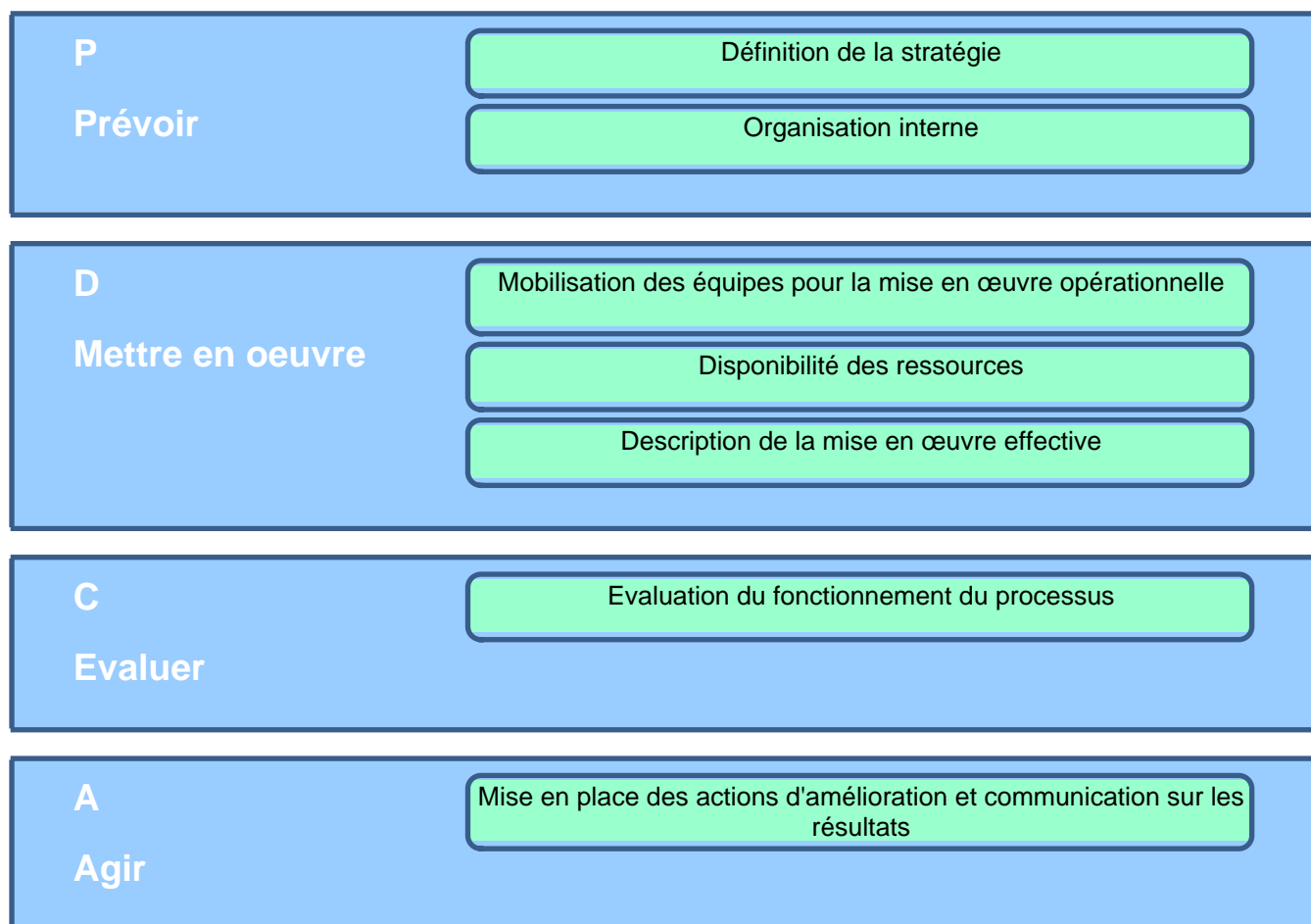
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Il n'existe pas à ce jour de politique dossier formalisée dans l'attente de celle du GHT. Un projet de Schéma Directeur du Système d'information du GHT a cependant été dernièrement validé par les instances du groupement et devrait être prochainement décliné pour chaque établissement. La politique dossier de l'établissement consistait précédemment à informatiser 100 % des informations médicales et soignantes. Lors de la visite, le dossier médical et soignant l'était quasiment entièrement comme l'indique l'indicateur Hôpital Numérique, hormis le dossier de l'Unité d'Accueil de Premier Soins (UAPS), qui reste papier, et certains documents non informatisés et non interfacés : examen de labo, courrier de l'extérieur, ECG, ... Le dossier administratif est quant à lui informatisé de longue date, avec un interfaçage mis en place depuis la dernière visite de certification. La construction du compte qualité a été réalisée par les pilotes, une cadre de santé et la secrétaire médicale et TIM, et un groupe de travail mis en place pour l'occasion : responsable du système d'information, par ailleurs responsable des achats, et un agent chargé de l'admission. Une infirmière a été détachée en tant que de besoin. Ce groupe de travail s'est réuni 6 à 7 fois depuis 2 ans. L'analyse du processus a été réalisé par étapes (7) : création du dossier patient, respect de la confidentialité et du secret professionnel partagé, alimentation du dossier patient, communication des informations, gestion administrative du dossier, clôture du dossier patient, sauvegarde du dossier patient), et par sous étapes des étapes. L'établissement a utilisé les indicateurs IQSS MCO et SSR, des indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN), tenue dossier patient et risque d'escarres. 8 risques ont été identifiés et intégrés au compte qualité du processus en utilisant la méthode HAS Fréquence X Gravité X Maîtrise. Des actions ont été proposées en regard, validées par la CME et le COGERIS. Les actions sont intégrées au PAQ de l'établissement. De nombreuses règles de gestion du dossier patient sont formalisées sous forme de protocoles (création dossier informatisé, guide dossier patient, gestion des utilisateurs, communication et droits d'accès, archivage, ...), et diffusées auprès des professionnels.

**ORGANISATION INTERNE**

Deux pilotes et un groupe de travail mis en place pour l'occasion ont été désignés pour animer et gérer ce processus. Les pilotes étaient dotés de fiches de poste. Une commission identitovigilance complète le dispositif. Un référent sécurité du système d'information est nommé et dépend du GHT. Les équipements informatiques mis à disposition des personnels sont adaptés aux besoins en USLD et en SSR (ordinateur fixe et portable), ainsi que les matériels (chariots de soins disponibles dans les unités munis de portable). Le WIFI est dorénavant opérationnel. Les ressources documentaires sont disponibles sur informatique ou dans des classeurs papiers. Des guides d'utilisation sont en place. Des formations au dossier patient informatisé ont été dispensées par l'éditeur du logiciel lors de la mise en place de la dernière version du dossier patient informatisé, et une aide est disponible près de l'établissement support du GHT. Un contrat de maintenance permet également l'intervention d'une société privée. Une procédure dégradée du système d'information permet d'assurer la continuité de l'activité en cas de panne du dossier patient informatisé (conduite à tenir en cas d'inaccessibilité au logiciel patient, avec une sauvegarde bijournalière externalisée sur serveur du Centre Hospitalier support du GHT, et un plan de soins généré de façon automatique 2 fois par jour, à 14h00 et 20h00). Une procédure d'accès du patient à son dossier est également disponible (version 2 de mars 2018).

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les professionnels administratifs et soignants sont mobilisés pour s'assurer de la bonne tenue du dossier patient informatisé et papier. Ainsi, les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires permettent si besoin d'aborder cette thématique, avec un cadre informant les professionnels sur la bonne tenue, les règles de confidentialité, la traçabilité des actes du dossier patient et une CME l'évoquant lors des réunions. Cette mobilisation ainsi que l'informatisation quasi-totale du dossier patient ont permis une amélioration sensible de plusieurs indicateurs sur la campagne IQSS 2018.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Des formations ont été dispensées pour s'assurer de la bonne tenue du dossier patient informatisé. Ainsi, chaque nouveau professionnel bénéficie d'un tuilage lui permettant d'utiliser au mieux le dossier patient, et les professionnels disposent de guides, protocoles ou autres procédures. La secrétaire médicale, par ailleurs TIM, est la référente du dossier patient. Les équipements en matériel informatique (ordinateur fixe ou portable), permettent l'accès de l'ensemble des professionnels du SSR et de l'USLD (médicaux comme soignants, kinésithérapeute, neuropsychologue, Conseillère en Économie Sociale et Familiale), ces

derniers disposant d'onglets spécifiques sur le dossier de soins. Les dossiers papier sont stockés dans des chariots dans les salles de soins ou les bureaux de médecin de façon à préserver la confidentialité. Le dossier informatisé est accessible avec un mot de passe individuel pour ouvrir sa session. La gestion documentaire est pour partie informatisée et pour partie sous format papier, dans des classeurs mis à disposition des équipes. Elle est accessible par les professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier des malades sont connues des professionnels.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel dispose d'un mot de passe (code aléatoire donné avant de créer son propre mot de passe), pour ouvrir sa session : IDE, AS, ASH, diététicienne, kinésithérapeute, psychologue, ... L'ensemble des professionnels notent des éléments dans les dossiers, avec des onglets spécifiques pour certains professionnels. La confidentialité est assurée par une déconnexion automatique au bout d'une période déterminée. Les événements indésirables liés au dossier du patient sont déclarés via des fiches d'évènements indésirables (FEI), analysées par l'assistante qualité et la cadre du secteur médicosocial, référente FEI. Des actions sont proposées si besoin. En cas de panne informatique, l'établissement a mis en place une organisation garantissant la continuité des activités (classeur présent et plan de soins généré de façon automatique 2 fois par jour, à 14h00 et 20h00). Un plan de reprise est en place. Dans le livret d'accueil, le patient est informé de son accès aux dossiers médicaux. Cet accès l'objet d'un protocole. 2 dossiers ont été demandé en 2017 et 3 en 2016. Le délai de réponse est conforme à la réglementation en 2017. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de prise en charge des patients est réalisée grâce à la présence d'un dossier patient informatisé à disposition des professionnels de santé intervenants dans la prise en charge du patient. Cependant, les ressources informatiques ne permettent pas toujours aux professionnels de saisir les informations en temps réel concernant les patients. En effet, lors de la visite, il a été constaté qu'un seul ordinateur portable était disponible pour le service comptant 22 lits (16 lits de médecine dont 3 lits de soins palliatifs et 6 lits de SSR). Aussi, lors de la visite du médecin, les infirmiers ne pouvaient noter les informations en temps réel concernant les patients et devait différer leur traçabilité. A noter l'amélioration sensible des résultats IQSS entre 2016 et 2018, notamment en MCO. Les transmissions écrites et orales entre les équipes sont faites de façon quotidienne. L'archivage des dossiers patients est conforme dans un des locaux archives de l'établissement. Cependant, l'organisation et les pratiques de l'établissement ne permettent pas d'assurer en totalité le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Il a été constaté par les experts-visiteurs un deuxième local d'archives médicales (patients décédés), où étaient également entreposées des archives Ressources humaines et Pharmacie. Cette organisation ne permet donc pas de s'assurer du respect de la confidentialité des informations médicales contenues dans les dossiers médicaux.

#### C / EVALUER

##### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue la qualité du fonctionnement du processus dossier en MCO et SSR, via des indicateurs IQSS. Il a également mis en place des patients traceurs à blanc (8). Les fiches d'évènements indésirables relatives au processus sont transmises, analysées, et suivies. Un compte qualité a été produit, permettant d'identifier des risques et d'assurer le suivi des actions proposées. Le suivi des délais d'accès du patient à son dossier est assuré annuellement, via la Commission des usagers (CDU) et le rapport ad'hoc. Un tableau de bord de suivi des demandes de dossiers médicaux est également en place. Cependant, l'évaluation de la gestion du dossier patient en USLD n'est pas réalisée. En effet, si l'établissement déploie une politique d'audits sur les dossiers patients MCO et SSR notamment avec les campagnes IQSS, aucune action d'évaluation n'a été menée sur l'USLD.

#### A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre suite à la réalisation du compte qualité (lors de la visite, sur les 8 actions proposées, 2 étaient finalisées, 4 en cours et 2 non initiées.), comme par exemple « consolider la bonne tenue du dossier patient par la mise à jour du guide de bonne tenue » ou encore « mettre à jour le livret d'accueil des nouveaux arrivants » et par le suivi des indicateurs IPAQSS, comme par exemple « resensibiliser les professionnels sur la confidentialité des patients ». D'autres actions peuvent être menées pour donner suite à la réception des fiches d'évènements indésirables, des patients traceurs réalisés ou des IQSS suivis, comme par exemple « améliorer la transmission et la communication des informations pertinentes entre professionnels » ou le projet d'« améliorer les délais de remise de la lettre de liaison au patient ». Les professionnels sont informés des actions mises en œuvre via plusieurs supports : le journal institutionnel Le paon, les affichages ou lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. La commission des usagers est informée lors du bilan annuel du nombre de dossiers



demandés par les patients et leur famille ainsi que des délais d'obtention. Les usagers sont quant à eux informés des résultats des IQSS par affichage, notamment dans le hall d'entrée. Enfin, un point sur les actions en place est réalisé lors de chaque CME ou COGERIS.

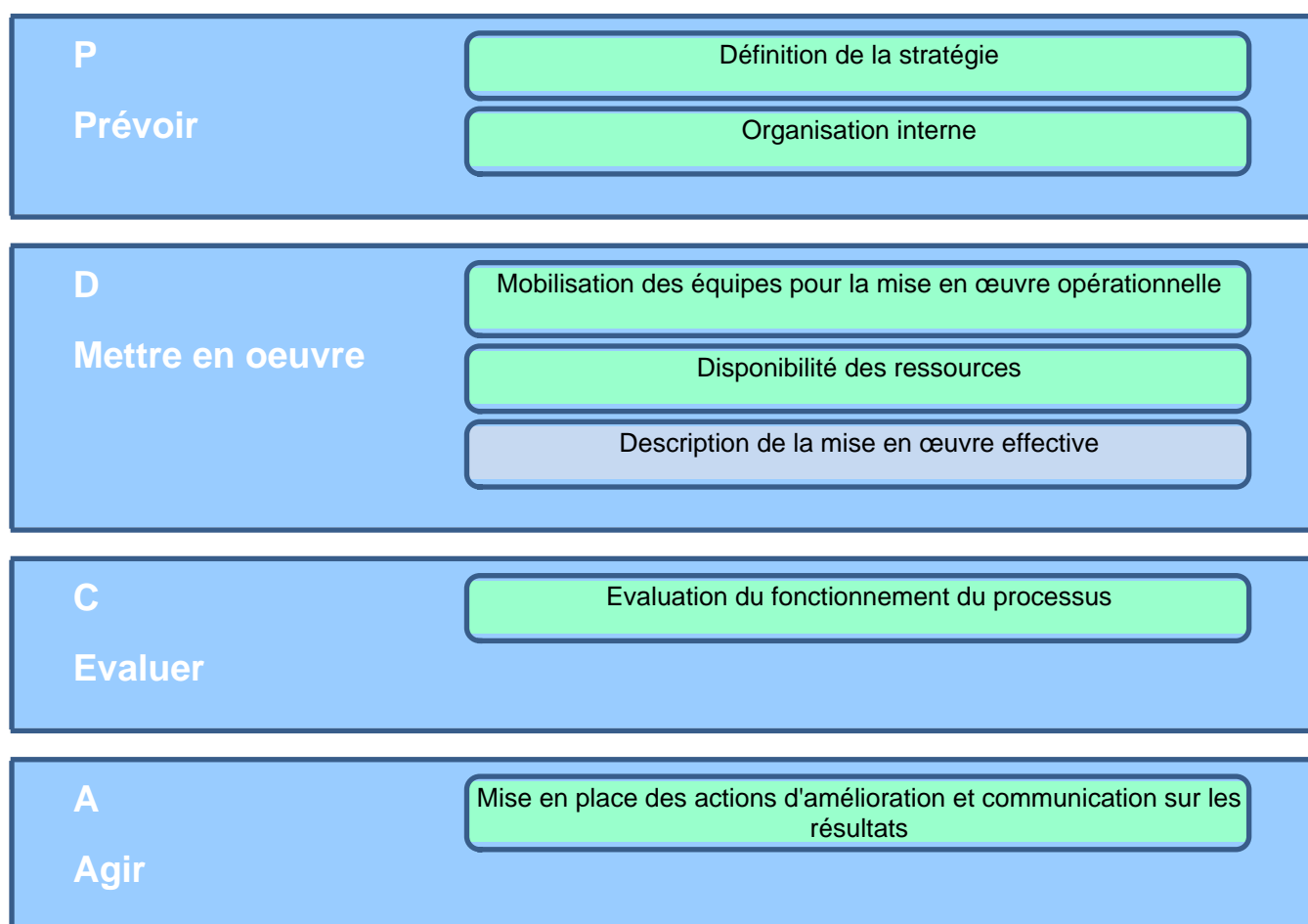
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi qu'un organigramme de cette prise en charge. Il existe également un guide de prescription pour le sujet âgé. La prise en charge médicamenteuse est totalement informatisée. La consolidation de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est l'axe 2 de la politique qualité gestion des risques. Un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacienne, préparatrices en pharmacie, cadre de santé du pôle sanitaire et cadre de santé de l'hébergement, 2 IDE, assistante qualité) a identifié 12 risques dans le compte qualité, 6 sont estimés prioritaires. Le groupe a travaillé selon les étapes du circuit du médicament. Les plans d'actions prioritaires ont été définis sur les risques inacceptables dans le compte qualité. L'assistante qualité assure une veille régulière sur le suivi des plans d'actions, avec un rappel réalisé en COMEDIMS et en CME. La stratégie de l'élaboration du compte qualité et du suivi des actions a été validée en CME et en COGERIS. Une information en est faite aux professionnels par les préparatrices en pharmacie qui assistent aux transmissions, lors des réunions pluridisciplinaires, et dans les classeurs "certification". Le processus et la démarche ont également été présentés au personnel lors des réunions plénières de 2016, 2017 et 2018. Le programme d'action de la thématique est inclus dans le PAQ institutionnel, les responsables des actions identifiés, des échéances données et les modalités de suivi inscrites dans des tableaux de bord.

**ORGANISATION INTERNE**

La mise en œuvre du programme est organisée : travail en commun entre l'assistante qualité et la pharmacienne, réunions régulières avec le groupe de travail pour s'assurer du suivi, l'objectif étant que ce groupe de travail perdure, aidé par l'assistante qualité pour la méthodologie. Cette dernière assure également une veille régulière et effectue les rappels nécessaires pour avancer si nécessaire. Le suivi est présenté en COMEDIMS et en CME. Les pilotes ont été choisis en fonction de leur métier et sur la base du volontariat. Leur mission est formalisée. La pharmacienne et les préparatrices suivent des formations organisées par l'ARS : CAQUES, symposium antibioticum pour la pharmacienne; formations communes avec les IDE pour les préparatrices.

La pharmacienne organise des formations en interne à destination des professionnels concernés : en 2016 et 2018 sur le circuit du médicament et le respect des 5B, projection d'un film sur l'erreur d'administration, chambre des erreurs, formations sur la conciliation médicamenteuse, intervention lors de la semaine sécurité des patients sur le traitement personnel, rédaction d'un guide des bonnes pratiques de préparation et d'administration remis à chaque IDE.

Les modalités de dispensation des médicaments sont différentes en fonction des services

- Pour les services SSR et SLD : préparation pour une semaine des piluliers par la pharmacie qui assure le transport et le rangement dans les armoires des services de soins ce qui permet de contrôler les stocks.

- Pour le service de médecine : piluliers préparés par les IDE de nuit grâce aux dotations dispensées 3 fois par semaine.

Les alertes ANSM arrivent 2 fois par jour à la pharmacie. Lorsque la pharmacie est fermée, elles arrivent par fax dans le service de médecine qui alerte l'administrateur de garde, lequel prévient la pharmacienne si besoin. Les besoins en matériels, locaux et équipements sont identifiés, les achats réalisés si besoin : changement des chariots de distribution en SSR. Sur ce service un programme de travaux de rénovation est également prévu. Les ressources documentaires sont structurées dans les classeurs verts "pharmacie" et les professionnels ont accès aux protocoles et procédures version papier et sur informatique en attente de la GED avec le GHT fin 2019. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs et formalisés dans une procédure. La liste des prescripteurs est disponible à la pharmacie.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le groupe de travail et l'assistante qualité sont en charge du déploiement opérationnel du programme dans les services, les professionnels ayant des rappels fréquents sur la vigilance à apporter à la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels ont été sollicités pour participer à l'identification des risques, 2 IDE font partie du groupe de travail. Les professionnels sont informés des risques et priorités retenus via les classeurs "certification". Les professionnels sont informés des évaluations réalisées sur la prise en charge médicamenteuse : vérification des piluliers par la pharmacienne en médecine, EPP en cours sur les

injectables, EPP sur la traçabilité d'une erreur dans les piluliers. Ils sont également informés des résultats. La pharmacienne et la cadre de santé identifient les actions à mettre en place et y associent les professionnels, par exemple sur la mise en place de la fiche de suivi de traçabilité d'une erreur de pilulier identifiée dans un service.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont suffisants pour l'activité. La pharmacienne suit des formations organisées par l'ARS (symposium antibioticum...), et forme par ailleurs le personnel en interne sur le circuit du médicament et les 5B, avec remise des documents à chaque IDE, préparation des injectables, rédaction d'un guide de bonnes pratiques... Les nouveaux arrivants sont en doublon plusieurs jours et sont formés par leur pairs. Les documents sont disponibles, connus et utilisés. Ils sont sous forme papier et informatique. Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. Les outils informatiques sont disponibles, la maintenance et l'entretien sont assurés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence pharmaceutique est organisée. Lors d'un besoin de médicament en dehors des heures d'ouverture, un dépannage peut être assuré par la dotation du service de médecine, sinon en officine de ville ou par l'astreinte du territoire du GHT (CH de l'agglomération de Nevers) s'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier. La prescription informatisée arrive à la pharmacie permettant l'analyse pharmaceutique pour tous les traitements. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie, transferts inclus. Des procédures formalisent les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments, tant à la pharmacie que dans les services. La préparation des chariots par la pharmacie pour les services de SSR et SLD se fait après vérification de l'identité; une étiquette peut être apposée sur le pilulier si homonymie. Une étiquette est également apposée sur le pilulier pour la Coumadine 5mg. Une fiche de traçabilité du transport du chariot est signée conjointement par la préparatrice qui transporte et l'IDE qui reçoit. Le chariot est fermé à clé. La préparation des piluliers par les IDE de nuit du service de médecine est également faite après vérification de l'identité. Le conditionnement dans la pharmacie est régi par un code couleur : rouge pour les médicaments en liste 1, vert pour les médicaments en liste 2, blanc pour les médicaments à faible risque. Le même code couleur est repris dans les armoires des salles de soins. A la pharmacie, les stupéfiants sont sécurisés et la pharmacienne en vérifie le contenu 1 fois par semaine. Dans les services, les médicaments sont stockés dans des armoires fermées à clé et une organisation permet la aussi d'en assurer une totale sécurité. Dans la pharmacie et dans les armoires de service, les médicaments à risque sont identifiés sur fond rouge. La chaîne du froid est respectée à la pharmacie et dans les services, avec un suivi des relevés de température. Les périmés sont vérifiés tous les mois, tant à la pharmacie que dans les services. La traçabilité de l'administration est faite en temps réel. La non administration est notée et le motif en est tracé. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins et les IDE, ces derniers traçant l'information dans les transmissions ciblées. Le traitement personnel est récupéré par les IDE, stocké dans une boîte identifiée dans l'armoire à pharmacie des services et remis au patient à la sortie après suppression des médicaments qui ont été supprimés par le médecin. Une documentation de sensibilisation est également remise au patient. Si besoin, une prescription peut être faite à la sortie afin qu'un(e)IDE vienne à domicile pour aider à la prise des médicaments. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées (11 déclarations en 2017, 10 en 2018), des CREX sont réalisées si besoin.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations et suivi d'indicateurs sont réalisées: suivi des IQSS en médecine et SSR, nombre de COMEDIMS, taux d'analyse pharmaceutique des prescriptions, taux de conciliations médicamenteuses à l'entrée, nombre de CREX cliniques et médicaments, 8 EPP en cours de déploiement, réévaluation de l'antibiothérapie. Ces évaluations sont pilotées par la pharmacienne et l'assistante qualité. Le suivi en est assuré par le groupe de travail et l'assistante qualité, la CME, le COMEDIMS et le COGERIS.

### A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration sont mises en place :

- broyage des médicaments apparaît maintenant comme une prescription IDE validée par la pharmacienne et la prescription de certains comprimés remplacée par des gouttes buvables.
- conciliation médicamenteuse à l'entrée est réalisée à J0 ou J1.
- mise en place d'un guide de prescription.

- mise en place du système documentaire en pharmacie, dont la procédure d'admission de l'insuline.

Ce dispositif est structuré dans le PAQ du médicament, avec intégration des activités du CREX. Le tout étant intégré dans le PAQSS institutionnel. La pharmacienne dispose de tableaux de bord avec le pourcentage des actions réalisées. La communication aux équipes est assurée lors des transmissions des équipes soignantes auxquelles assiste le service pharmacie, par la cadre de santé, par les professionnels du groupe EPP auprès de leurs collègues, par les bulletins qualité. La communication auprès des usagers se fait par l'affichage des indicateurs nationaux et la mise à disposition de différentes brochures sur les AVK, les BMR, les patchs de durogésic.