



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN

**1 avenue felix faure
Bp 8
38160 ST MARCELLIN**

AVRIL 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	
Adresse	1 avenue felix faure 38160 ST MARCELLIN
Département / région	ISERE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		GCS URGENCES HDN ROMANS - CCNP CH ST MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38160 ST MARCELLIN
Entité juridique	380780171	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38161 ST MARCELLIN
Etablissement de santé	380000091	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38160 ST MARCELLIN

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	28	2
SSR	SSR	50	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS urgences avec les Hôpitaux Drôme Nord depuis le 14 décembre 2009 Convention de direction commune - CH St-Marcellin – Résidence BRUN FAULQUIER Vinay – RAS le Perron St-Sauveur depuis février 2003 GHT Rhône GHT Rhône-Vercors -Vivarais depuis 2016 GIP Blanchisserie CH St-Marcellin – Résidence BRUN FAULQUIER

Vinay – RAS le Perron St-Sauveur depuis 2007
GCS CH St-Marcellin – Résidence BRUN FAULQUIER Vinay – RAS le
Perron St-Sauveur prévu en 2016

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt de l'activité de l'hospitalisation à temps partiel de SSR Depuis quand : décision de l'ARS de juillet 2012
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Autorisation pour 5 places HTP SSR mais non installées

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	Affections de la personne âgée dénutrition	/	Programmé	Simple	SSR
2	Personne âgée	HDJ gériatrique court séjour	/	Programmé	Patient suivi en HDJ après un passage en HC	MCO
3	Personne âgée	Médecine gériatrique - HC	Soins palliatifs	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

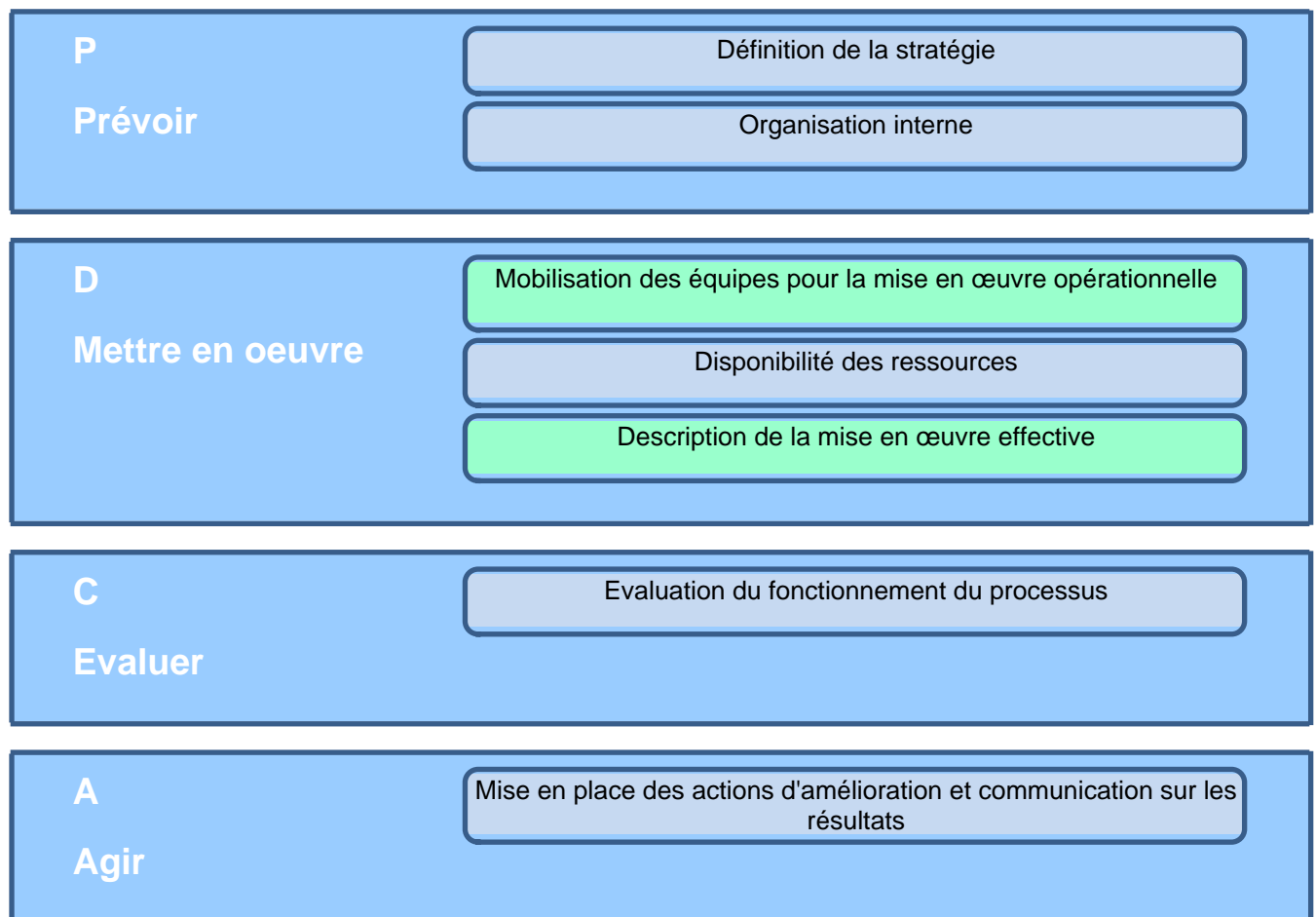
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de déploiement de la démarche qualité et sécurité des soins à l'hôpital de St Marcellin est formalisée dans un document spécifique couvrant la période 2013-2017, élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques du projet d'établissement. Après avoir été validée par les instances de l'établissement, la politique qualité a été diffusée à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire et l'intranet. Les objectifs poursuivis sont les suivants : améliorer la prise en charge du patient, développer la culture qualité des professionnels et renforcer la participation des usagers, sécuriser l'utilisation du dossier patient informatisé, poursuivre la dynamique d'EPP et à promouvoir la qualité de vie au travail. La stratégie de déploiement des EPP /DPC est également formalisée et structurée sous l'égide de la CME. Elle prend appui sur les indicateurs qualité, l'identification des risques résultant des cartographies réalisées dans différents secteurs d'activité ainsi que sur les analyses d'évènements indésirables et les évaluations conduites dans l'établissement. La politique d'amélioration continue de la qualité est déclinée à travers un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) pour la période 2016-2018 structuré autour des 18 thématiques de la certification HAS. Le PAQSS a été élaboré au vu des résultats de la précédente certification, des EPP, des exigences en matière de gestion de crise, des analyses de risques conduites dans l'établissement. Les plans d'actions du compte qualité visant à optimiser le pilotage institutionnel par les indicateurs et à optimiser l'appropriation des plans d'actions par les professionnels de terrain a également été intégré au PAQSS. Ce programme comprend , pour chaque objectif identifié , un échéancier et des indicateurs de résultats . les plans d'actions des services élaborés en 2016 dans le cadre des projets de services sont également associés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a déterminé une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique qualité et sécurité des soins. Le pilotage est assuré par le directeur et la présidente de CME au sein du comité de pilotage de la qualité (COPIL) en présence du médecin coordonnateur des risques associés aux soins, de la directrice des soins, de la responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse, du médecin en charge du DIM, de la responsable qualité, de l'assistante qualité, d'un représentant du CTE et de la CRUQPC. Les missions des deux pilotes de la thématique qualité sont décrites dans une fiche de missions. Il en est de même pour la coordinatrice des risques et la responsable du système qualité de la prise en charge médicamenteuse qui, tous, disposent d'un temps dédié à la démarche qualité. Le COPIL se réunit trois fois par an et établit un bilan exhaustif de l'avancée des différentes démarches qualité conduites dans l'établissement. La structure opérationnelle est constituée par la commission opérationnelle des risques et de la qualité (CORQ) qui est l'instance de coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Cette instance se réunit tous les mois. Elle est garante du déploiement de la méthodologie des plans d'actions tant avec les comités en place (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, etc) qu'avec les services de soins. Les représentants d'usagers proposent, dans le cadre de la CRUQPC, des plans d'actions qui sont associés au PAQSS et dont la mise en œuvre est suivie dans le cadre du CORQ et du COPIL qualité. Les dispositifs de vigilances sont coordonnés au sein du COVIRIS qui organise la veille sanitaire et de la CORQ dispose d'une vision globale de la qualité et des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action des services de médecine et de SSR ont été élaborés, par les responsables médicaux et paramédicaux, dans le cadre des projets de service. Les objectifs définis au regard des projets de service, reposent sur une analyse des risques et des besoins réalisée avec les professionnels des services concernés qui se sont appropriés les plans d'actions et se mobilisent autour des objectifs prioritaires poursuivis. Les EPP sont déployées dans les services et chaque médecin titulaire est porteur d'une EPP dont l'avancée est évaluée régulièrement en CME , plusieurs fois par an. La plupart des EPP a atteint un niveau de maturité correspondant au stade 5 correspondant à l'intégration en continu dans les pratiques. Plusieurs démarches d'évaluation des risques a priori appropriées aux secteurs d'activité et aux pratiques sont réalisées permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. Ainsi une cartographie des risques est-elle effectuée dans les domaines de l'endoscopie, du circuit du médicament, du système d'information, du dossier patient, de l'identitovigilance et de la maltraitance. Ces cartographies résultent de méthodes validées, d'analyses systémiques, déployées avec l'accompagnement du service qualité et de la présidente de CME. Parallèlement, le dispositif de gestion des évènements indésirables est approprié et opérationnel et permet une analyse des causes profondes

selon une méthodologie adaptée par la coordinatrice des risques associées aux soins qui examine chaque fiche d'évènement indésirable et l'évalue avec le service qualité et les professionnels compétents. Le circuit des fiches d'évènements indésirables est formalisé dans le système de gestion documentaire. Il est connu des professionnels et les visites effectuées lors des vérifications terrain de la certification, auprès des personnels soignants de médecine et de SSR, ont permis de le constater. Des actions correctives sont mises en place soit dans le cadre de RMM (4 en 2015 et 1 en 2016) et des 6 CREX annuels. Les actions d'amélioration identifiées à l'issue des RMM et des CREX sont pilotées et suivies dans le cadre du PAQSS et un bilan annuel est présenté en CME.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences et en formation sont mises à la disposition des professionnels sous la forme de formations au patient traceur et aux méthodologie de la qualité notamment avec le concours du réseau régional d'appui à la qualité qui a formé un nombre significatif de professionnels d'appartenance diverse (50 professionnels formés dans l'établissement). Les documents nécessaires aux professionnels sont mis à leur disposition sous forme de documents intégrés à la gestion documentaire informatisée qui est opérationnelle et connue des professionnels comme les vérifications terrain en médecine et en SSR l'ont confirmé. Les professionnels rencontrés ont, par ailleurs indiqué avoir pris part à l'élaboration et à l'actualisation des protocoles et des procédures les concernant. Des supports de signalement des évènements indésirables sont la disposition des personnels de même qu'une charte de confiance destinée à favoriser les déclarations diffusée via l'intranet et le journal Certific'Action.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement dispose d'une cartographie actualisée des risques pour les secteurs et domaines identifiées précédemment. Les risques identifiés ont donné lieu à des démarches appropriées, opérationnelles suivies dans le cadre du tableau de bord des évaluations réussissant les 10 EPP, les 17 audits de pratiques et les visites de risques. Un bilan est effectué à périodicité régulière avec les instances idoines CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS et une fois par an en CME. Les 200 fiches annuelles d'évènements indésirables sont colligées et traitées par la coordonnatrice des risques et le service qualité. Des restitutions sont effectuées auprès des professionnels comme l'ont révélé les entretiens avec les personnels paramédicaux rencontrés dans le cadre des vérifications en médecine et en SSR. Le déploiement des EPP est généralisé aux deux secteurs de soins de médecine et de SSR. Plusieurs CREX sont en place permettant l'analyse des causes profondes des évènements indésirables. Les plaintes et réclamations sont enregistrées et accessibles aux représentants d'usagers siégeant à la CRUQ et le plan d'action élaboré par la CRUQ chaque année est associé au PAQSS. Un bilan qualitatif de l'ensemble de ces évaluations est présenté chaque année en COPIL qualité, en CME et à la CRUQPC.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et des risques est en place sous la forme du tableau de bord annuel centralisant les audits, EPP, visites de risques réalisées au sein de l'établissement. Le bilan annuel de l'ensemble des démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques dont le suivi des indicateurs est présenté, à travers le suivi du PAQSS en CORQ, en COPIL qualité, en comité de l'information médicale et en CME.

A / AGIR

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

L'établissement réajuste son programme PAQSS, par thématique, selon les résultats des CREX, des RMM, des audits. A titre d'illustration des actions d'amélioration nouvelles ont été intégrées au PAQSS et mises en place tel que la dictée vocale dans le cadre du dossier patient, des actualisations de protocoles d'hygiène, des réajustement de protocoles d'antibiothérapie etc. La communication aux professionnels est assurée via le journal interne Certific'action joint au bulletin de salaire, l'intranet et l'encadrement lors des réunions de service.

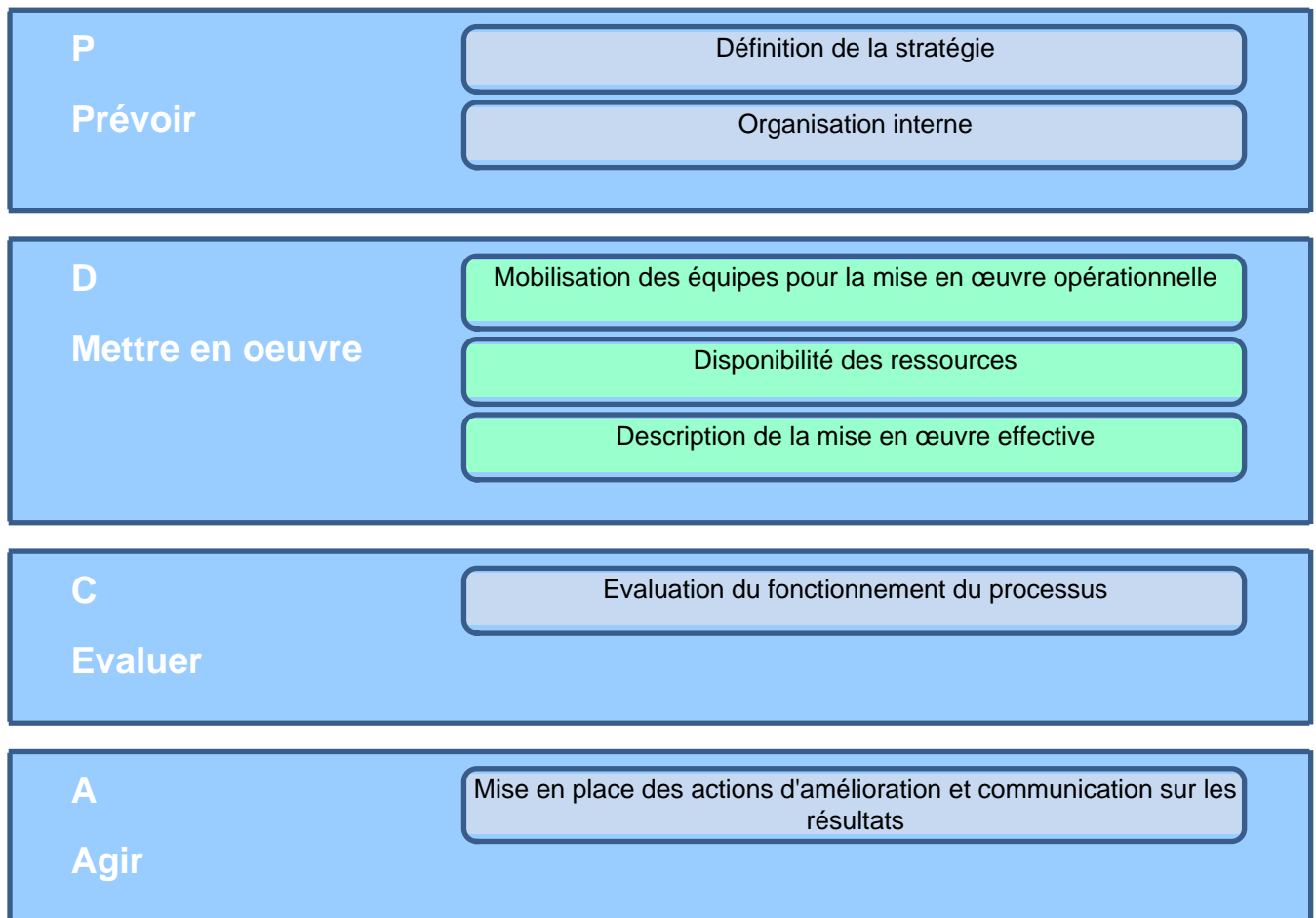
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Le centre Hospitalier de Saint Marcellin a fait une analyse du risque infectieux. Les risques ont été identifiés à partir des évaluations internes et des résultats des IQSS. Au niveau du compte qualité, l'établissement a identifié 5 risques : un risque sur "l'hygiène des locaux", un sur "le bon usage des antibiotiques" et 3 sur la "maîtrise du risque infectieux". La cartographie des risques a été discutée au niveau de l'inter CLIN, regroupant l'équipe opérationnelle en hygiène sur les 3 établissements de la direction commune (CH de ST MARCELLIN, EHPAD de Vinay et Résidence d'accueil et de soins le Perron). Le CLIN présente, un rapport d'activité annuel avec des indicateurs nationaux et internes, et des objectifs, lors des instances. L'établissement s'est doté d'une "politique en hygiène" ainsi que d'une "politique de maîtrise des prescriptions antibiotiques". En ce qui concerne l'endoscopie, l'établissement a identifié un risque que l'on retrouve dans le compte qualité sur la "formation insuffisante des professionnels affectés à l'endoscopie". Ce risque a été mis en avant par l'établissement du fait d'un nombre limité de gastroscopie (31 actes de janvier 2016 à ce jour suite à des consultations externes par 2 gastroentérologues externes à l'établissement et 5 actes pour des patients hospitalisés). Une cartographie des risques a été mise en place dans le secteur de l'endoscopie. Les risques sont hiérarchisés en suivant la méthode AMDEC, avec un échancier, responsables de l'action corrective. En vue de promouvoir le bon usage des antibiotiques, l'établissement possède l'antibioguide de Lille-Tourcoing. Guide revu à minima annuellement. Des FEI sur le risque infectieux ont été réalisés par les agents des différents secteurs (en moyenne 20/an). Pas de FEI sur le domaine de l'endoscopie.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du risque infectieux, y compris le secteur d'endoscopie, est assuré par l'IDE hygiéniste. Le co-pilotage est assuré par un praticien hospitalier-président du CLIN, par le pharmacien-vice président du CLIN-référent en antibiothérapie, par le PH hygiéniste de l'hôpital de Valence intervenant sur site 1/2 journée tous les 15 jours. Les pilotes et co-pilotes ont leurs missions formalisées. Le centre hospitalier de Saint Marcellin s'est doté de correspondants hygiène médicaux et paramédicaux dans chaque secteur (liste des correspondants retrouvée dans la GED). Une organisation est mise en place pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux ainsi qu'en secteur d'endoscopie. Des procédures/protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux se retrouvent sur la gestion documentaire informatisée comme "principes fondamentaux pour la réalisation des pansements/hygiène et pansements". En endoscopie des procédures existent comme par exemple "Circuit du prélèvement réalisé en endoscopie et transmission des résultats". Le rapport d'activité annuel du CLIN est présenté en CRUQPC. Les politiques précédemment citées ont été approuvées par le CORQ (Commission opérationnelle des risques et de la qualité) dans le 2ème semestre 2016. Les indicateurs IPAQSS montrent une classification en A pour les BMR/ICATB2/ ISCHA2 et LIN2. L'affichage de ces indicateurs se retrouve dans les services de soins ainsi qu'à l'entrée de l'établissement et sur l'étage de l'administration. Dans le livret d'accueil des patients, une information sur l'hygiène hospitalière se retrouve. L'établissement s'est doté des distributeurs de SHA dans les chambres et les salles de soins. Les professionnels ont à disposition des équipements de protection individuelle comme pour IDE endoscopie (lunettes de protection, gants à usage unique, tabliers de protection à usage unique et masques chirurgicaux). En interne, des formations sur les précautions standards et complémentaires sont effectives. Pour les nouveaux arrivants, une information sur l'hygiène leur est fournie, avec remise d'un livret.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Concernant les risques identifiés dans le Compte Qualité, les professionnels de santé ont été sensibilisés par le biais du journal interne et les cadres de santé par la CORQ. Les professionnels ont à leur disposition des documents qualité sur la gestion documentaire informatisée comme par exemple sur le "tri et collecte des déchets". Dans le PAQSS ainsi que dans le compte qualité, se retrouve le risque concernant le bon usage des antibiotiques avec une insuffisance de pertinence des prescriptions d'antibiothérapie (prescriptions se faisant sur le DPI). Pour cela le pharmacien référent en antibiothérapie sensibilise régulièrement les prescripteurs directement avec eux mais aussi lors de la restitution trimestrielle de la consommation en antibiotique. Les professionnels ont été sensibilisés aux précautions standards et complémentaires par l'IDE hygiéniste. Ce risque étant identifié dans le compte qualité et se retrouvant dans le PAQSS 2016-2018. Les professionnels ont été sensibilisés pour faire des fiches d'événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sur "prévenir les infections associées aux soins en endoscopie" ont été effectuées par 2 IDE sur 3. Une IDE a suivi une formation sur le thème "prévenir les risques liés à l'air et à l'eau en établissement sanitaires et médicaux-sociaux". Formations étant faites sur le centre hospitalier de Valence par l'équipe Inter départementale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (EIDLIN, enregistré à l'OGDPC). Une information est fournie par l'IDE hygiéniste concernant la « lutte contre les infections associées aux soins » auprès des paramédicaux. Un livret est fourni aux nouveaux arrivants lors de la journée d'accueil, comportant des informations sur les précautions standards, complémentaires en cas d'isolement « contact » ou « air » et la signalétique affichée sur les portes des chambres. Cette documentation est accessible à l'ensemble des professionnels au vu du nombre d'ordinateurs dans les secteurs de soins. Concernant la gestion des déchets un document de la DGOS se retrouve dans la gestion documentaire informatisée sur « conduite à tenir pour la gestion DASRI... ». Concernant les AES, un CREX a été mis en place avec la participation des agents du bureau des entrées/service de nettoyage ainsi que les responsables de la thématique du risque infectieux, suite à un incident. De plus pour les AES comme l'indique le PAQSS leur action est de poursuivre la surveillance des AES en lien avec le CCLIN Sud Est (en moyenne 3 AES/an dans l'établissement). Les professionnels disposent d'ordinateurs leur permettant d'accéder à la gestion documentaire, seul le secteur d'endoscopie possède en plus un classeur comportant les documents qualité (classeur mis à jour par l'IDE hygiéniste), le carnet de vie de l'endoscope. De plus, des e-learning sont mis en place comme pour le cathétérisme veineux central/chambres implantables et les infections urinaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En endoscopie, le centre hospitalier a mis en place "le carnet de vie de l'endoscope" où l'on retrouve entre autre la traçabilité des résultats de prélèvements et des actions correctives mises en place en cas de non conformité. L'IDE hygiéniste fait des formations aux professionnels paramédicaux sur les précautions standards et complémentaires. Pour le suivi des antibiotiques, les pharmaciens informent les médecins prescripteurs pour les sensibiliser au bon usage des antibiotiques. De plus, le dossier du patient informatisé permet par une alerte visuelle de sensibiliser les prescripteurs à faire la réévaluation de leurs prescriptions en antibiothérapie. L'hygiène des locaux est assurée par une équipe interne d'ASH. Ce risque a été identifié dans le CQ et se retrouve dans le PAQSS et en terme d'actions des fiches de poste dans l'organisation standard a été mise en place et en cours pour le mode dégradé. Les professionnels de terrain connaissent la procédure en lien avec le risque d'AES.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En lien avec le risque infectieux, l'établissement fait un suivi de la consommation des antibiotiques par les pharmaciens du site. En ce qui concerne l'endoscopie, un audit sur l'entretien de l'endoscope en 2015 a été effectif. Suite à des FEI en lien avec une quantité insuffisante de linge, un AMDEC regroupant entre autre agents de blanchisserie/représentant du transport et cadres de santé s'est constitué en 2016. Des e-learning ont été mis en place sur les "chambres implantables" avec des actions correctives telles que la revue de ligne veineuse, mise en place d'un tutorat...E-learning fait sur "l'évaluation sur la prise en charge du risque prion et sécurité du patient" - Quick audit (car seulement 36 actes d'endoscopie pour 2016), ce travail sera présentée à la CORQ pour validation de la méthodologie puis le CLIN validera les résultats. Des e-learning ont été faites sur les "précautions complémentaires" et "sur les infections urinaires". Lors de la journée nationale hygiène des mains en 2016 des plaquettes ont été créées sur le port de gants et quand en fonction des actes. Des CREX ont été fait sur la bactériémie à SARM ainsi que sur les AES. Une visite à risque sur les excréta a été réalisée dernièrement et en terme d'actions correctives un protège bassin a été instauré (en prévision de panne de lave bassin). 2 EPP sont effectives dont une sur la "sécurisation des actes invasifs" avec entre autre comme action corrective la mise en place de la check-list.

A / AGIR

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

Cette consommation des antibiotiques est présentée trimestriellement au COMEDIMS / CLIN pour en discuter avec les médecins et un rapport est envoyé à chaque médecin. Le centre s'est doté de plaquette d'informations en direction des professionnels de santé comme par exemple "Conduite à tenir en cas de gastro-entérite en établissement de santé ou médico-social" mais aussi des informations sur le risque infectieux pour les patients comme par exemple un triptyque sur "vous êtes porteur d'une bactérie émergente hautement résistante aux antibiotiques". La communication des plans d'action passe auprès des cadres de santé par le biais du CORQ (commission opérationnelle, composée du coordonnateur des risques associés aux soins / directrice des soins ou cadre supérieure de santé/ responsable qualité /

assistante qualité/ président de CME) mais aussi par le biais de journal interne "certific'action" et intranet. La communication des IPAQSS auprès des professionnels par le DIM qui est le responsable du CCNP a été effective entre autre par le biais de certific'action (journal mensuel envoyé avec la fiche de paie).

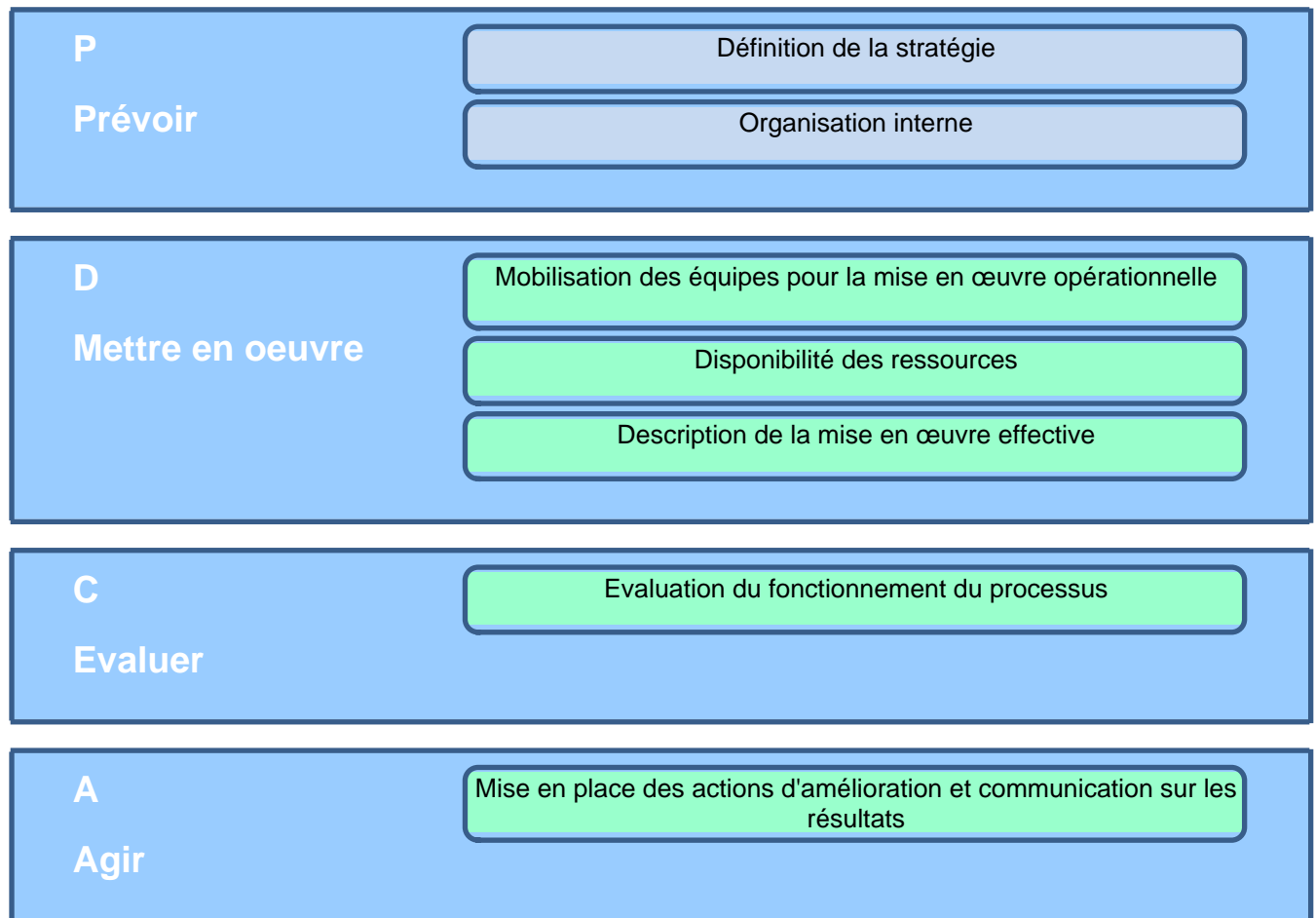
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2013-2017 comporte un engagement institutionnel à promouvoir une démarche volontariste de respect des droits des patients dans les différents secteurs d'activité de l'établissement. La politique des droits des patients est structurée autour des principaux axes suivants : l'information du patient considéré comme co-acteur de sa prise en charge soignante ; la formation des professionnels à la bientraitance et à la réflexion éthique ; la volonté de favoriser l'expression des patients et de veiller au respect de leur dignité durant les soins et le séjour dans l'établissement ; la poursuite de la participation des représentants d'usagers aux instances de l'établissement et en particulier dans les démarches d'amélioration de la qualité. Le compte qualité a été élaboré en concertation avec les professionnels de terrain dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire et multiprofessionnel, encadré par un binôme de pilotes médical et paramédical. Le compte qualité permet d'identifier les risques suivants qui ont été validés CRUQPC et en comité qualité. Le compte qualité permet d'identifier les risques prioritaires de la thématique. Ces derniers ont trait à la formation des professionnels à la bientraitance, à la dynamique relative aux droits des patients, à l'expression des patients et de leur entourage. Plusieurs actions correctives ont été identifiées et planifiées dans le plan d'action du compte qualité qui est intégré au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par un binôme médico-soignant représentant le secteur médical et de SSR. Leurs missions sont précisées dans une fiche de mission et une restitution de leurs démarches est effectuée en comité de pilotage qualité. Le programme de formation dispensé chaque année aux professionnels nouvellement recrutés comporte un volet droits des patients et bientraitance durant les soins. Le plan de formation propose également des formations à la communication des soignants envers les patients et leur famille. A cet égard, une quinzaine de professionnels a bénéficié de cette formation au cours de l'année 2016. Un protocole de prévention des situations de maltraitance a été mis à la disposition des professionnels en Novembre 2016. De même, le dispositif informatisé de gestion documentaire intègre des protocoles relatifs aux modalités de signalement des cas de maltraitance. Le support utilisable est le logiciel de déclaration des événements indésirables. Le livret d'accueil actualisé en 2015 comporte une fiche d'information des patients sur leurs droits et sur le rôle de la CRUQPC dont les missions sont rappelées et affichée dans les services de soins. Des informations sont également diffusées sur les notions de personne de confiance, de directives anticipées et d'accès des patients à leur dossier. Une procédure d'information en cas de dommage lié aux soins est également mise à la disposition des soignants ainsi qu'une fiche de traçabilité. Un lieu d'accueil est à la disposition de la CRUQPC et des associations au RDC de l'établissement afin d'informer les patients sur leurs droits. Une journée annuelle d'information sur les droits des usagers est organisée au sein de l'établissement. Des informations relatives aux droits des patients et à la bientraitance sont diffusées dans le journal interne cert'Action joint au bulletin de salaire des professionnels. Un espace de convivialité est aménagé, à l'intention des patients et de leur famille, en médecine à proximité du secteur des soins palliatifs. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité. Les interfaces entre les groupes de travail constitués sur les thématiques droits des patients, douleur, dossier, sont assurées au sein du comité d'organisation qualité opérationnel qui est l'instance de fédération et de concertation des différents groupes de travail impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services ont élaboré des projets de services intégrant un état des lieux et une identification des risques par thématique. Des plans d'actions opérationnels comportant des objectifs sont identifiés notamment sur la thématique droits des patients et bientraitance au regard des risques propres des services. Les médecins chefs de service et les cadres de santé sont en charge du déploiement des plans d'actions en lien étroit avec le responsable qualité. Des sensibilisations sont effectuées en réunions de services. Un bilan annuel est réalisé en comité opérationnel qualité et risques (CORQ) et en CME pour l'ensemble des secteurs d'activité. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en formation sont mises à la disposition des professionnels à travers le plan de formation

institutionnel et la formation à la communication avec les patients et leur familles ainsi qu'aux formations aux soins palliatifs et aux situations de fin de vie auxquelles ont participé un nombre significatif de professionnels. Les professionnels disposent de procédures de recueil de la personne de confiance, de procédures recueil des directives anticipées avec explication, procédure de recueil du consentement, de protocoles de recueil du refus de soins assorti des informations données au patient. Les unités d'hospitalisation sont en partie dotées de chambres individuelles facilitant le respect de l'intimité et de la confidentialité. Les chambres doubles sont équipées de paravents permettant de préserver l'intimité et la dignité du patient au cours des soins. Les pratiques et habitudes de soins, tant médicales que paramédicales sont organisées de manière à garantir le respect de la confidentialité. Des possibilités d'hébergement des patients dans la chambre d'un proche existent et peuvent être proposées par les professionnels dans les situations le justifiant

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place comme les patients traceurs de médecine et de SSR le confirment avec explications à l'appui délivrées par le personnel médical et paramédical. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont organisés par les médecins, les professionnels paramédicaux et par les psychologues dans les services où ces professionnels interviennent. Des réflexions sont engagées en équipe sur les modalités de délivrance de l'information en médecine, notamment en soins palliatifs, pour les situations complexes, le cas échéant en associant les bénévoles à l'accompagnement des patients et des familles. Les médecins ont développé une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant le refus de soins qui est systématiquement tracé dans le dossier et communiqué aux équipes paramédicales. Le projet personnalisé de soins est élaboré en étroite concertation avec le patient et avec l'entourage du patient comme en témoigne l'observation des dossiers des patients traceurs de SSR et de médecine. Le Projet personnalisé de soins est élaboré en staff pluridisciplinaire hebdomadaire en médecine et bimensuel en secteur de SSR. Les mesures de contention instaurées le sont toujours sur prescription médicale et donnent lieu à évaluation et à réévaluation pluriquotidiennes tracées dans le dossier comme le révèlent les dossiers examinés dans le cadre des patients traceurs de médecine et de SSR.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

l'établissement participe à l'enquête e-satis et à l'évaluation de la satisfaction des patients à travers les questionnaires de sortie renseignés à 7% et dont l'analyse est présentée et commentée en CRUQPC. Une démarche analytique complémentaire a été conduite en 2014 sur un nombre de patients défini en vue d'évaluer le ressenti du patient et un plan d'action a été mis en place.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été proposées par la CRUQPC au vu des résultats des questionnaires de sortie tel que l'installation de boîtes à lettres dans les services en vue de recueillir plus aisément les questionnaires. L'actualisation du livret d'accueil, l'organisation de journées d'information sur les droits des usagers. Ces actions inscrites dans le plan d'actions de la CRUQPC sont effectivement en place.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

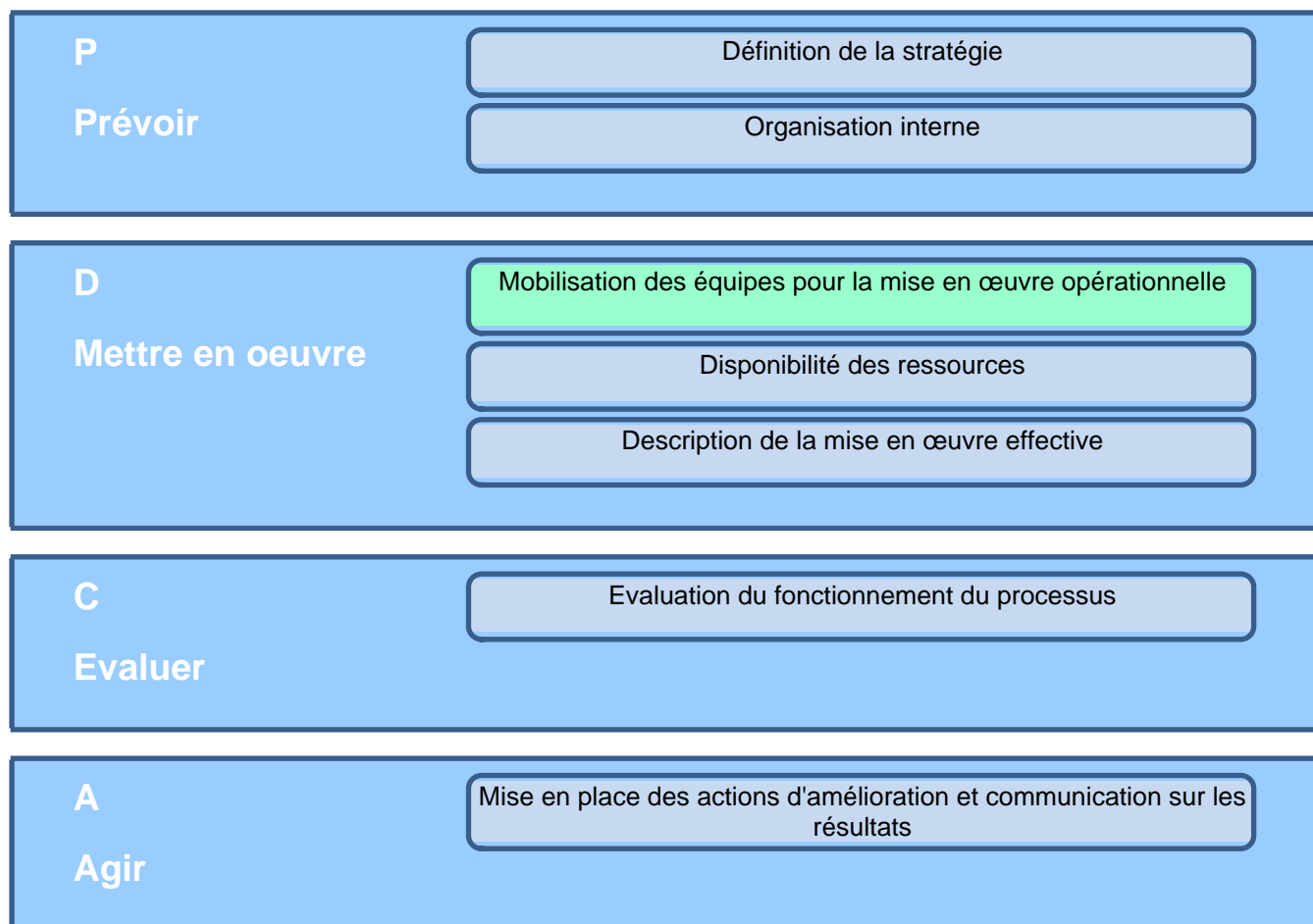
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de Saint Marcellin a défini dans son projet d'établissement 2013-2017 les différents parcours patient. Les besoins de l'hôpital ont été identifiés en regard des attentes de la population du territoire et du CPOM 2013-2018. Le centre hospitalier possède un pôle médecine de 28 lits dont 3 lits en soins palliatifs, un pôle de SSR de 50 lits (affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance) + HDJ gériatrique de court séjour de 2 places, activité d'endoscopie (gastroscopie) de consultations externes (cancérologie, neurologie, ophtalmique...) et d'un Centre de consultations non programmées (CCNP), d'un SSIAD de 40 places.

Le centre hospitalier développe des conventions entre autre avec d'autres centres hospitaliers comme le CH de Grenoble et Valence pour une prise en charge en oncologie ; convention avec l'HAD de CREST pour favoriser un retour à domicile. Il participe au GHT. Le centre hospitalier travaille avec l'association PASSAGE pour les familles endeuillées (association dont le président est un PH du centre hospitalier). Ces stratégies de PEC sont validées par les instances comme la CME. Dans le projet d'établissement, un des objectifs était d'avoir une plage d'ouverture le samedi après-midi du centre de consultations non programmées (CCNP), objectifs atteint en 2015. Dans le cadre de l'élaboration de son CQ, l'hôpital a identifié ses principaux risques en s'appuyant sur les indicateurs IPAQSS comme le « projet thérapeutique renseigné en SSR », en s'appuyant sur les EPP comme « les bonnes pratiques de transfusion sanguine ». 8 risques ont été identifiés par l'hôpital à partir des résultats des IPAQSS, du travail de réflexion des professionnels concernant le risque sur l'absence de projet de service par exemple. Les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions formalisé et priorisé (PAQSS 2016-2018). En ce qui concerne le CCNP, suite à des FEI, 3 risques ont été identifiés qui sont « la circulation des patients »/« la zone de tri » et « le projet de service non réactualisé ».

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter le « parcours patient » a été définie avec des pilotes institutionnels qui sont : le directeur d'établissement / la directrice des soins et la présidente de CME (pharmacien), et des pilotes opérationnels pour le pôle de médecine et SSR (médecin dont la coordonnatrice des risques associés aux soins/ cadre de santé) et pour le CCNP (médecin / cadre de santé de médecine). Les fiches de poste concernant les pilotes du processus « parcours patient » sont formalisées. Les pilotes opérationnels coordonnent des groupes de travail sur la thématique comme la mise en place de « projet de service » effectué en concertation avec les professionnels de terrain. Les pilotes ont mis en place des outils d'amélioration, de mesure et d'amélioration comme le recueil des indicateurs IPAQSS sur la PEC de la nutrition. Les nouveaux arrivants sont encadrés et formés sur les PEC par leurs pairs sous forme d'un tutorat. Les ressources documentaires (procédures, protocoles) sont accessibles dans la GED et pour les professionnels via les postes de soins. Des formations institutionnelles en lien avec la thématique sont organisées comme les formations sur la « transfusion sanguine », « risque d'insuffisance d'application des procédures de traçabilité de la transfusion » retrouvé dans le CQ et le PAQSS. Et la réévaluation du CQ montre que cette action est en cours. Les règles de présence, de garde et d'astreinte de sécurité et opérationnelles sont définies afin de garantir une permanence des soins et d'urgence 24h/24. Le CCNP a une activité de jour (8h30-18h30) du lundi au samedi. Le planning de présence médicale et paramédicale est accessible par les professionnels.

La prise en charge de l'urgence vitale est organisée et connue des professionnels de terrain. La gestion des interfaces par le biais notamment de l'encadrement soignant est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels, entre les secteurs d'activité. La coordination entre les différents professionnels intervenant dans la PEC est organisée et réalisable grâce aussi au DPI. En SSR, un projet personnalisé individualisé (PPI) impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage est effectif avec une mise en place de staff pluridisciplinaires tous les 15 jours. En médecine, concernant l'absence de formalisation du Plan de Soins Personnalisés (PSP), chaque semaine un staff pluri disciplinaire pour les soins palliatifs par exemple est effectif et tracé dans l'onglet « observation ». Tout dysfonctionnement en lien avec le « parcours patient » peut faire l'objet d'une déclaration sous forme d'une FEI transmise par voie informatique à la coordonnatrice des risques associés aux soins et à l'assistante qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'hôpital a identifié ses différents types de prise en charge. Chaque secteur a ses objectifs avec des plans d'actions d'amélioration propres. Ainsi pour le SSR, une action est menée sur la réévaluation du PPI alors qu'en médecine un travail en cours se fait sur la formalisation du PSP, comme le montre les patients traceurs. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels de santé sur les risques identifiés dans leur

secteur, comme par exemple pour le SSR avec la mise en place d'un cahier de transmission où les professionnels peuvent retrouver des CR de réunion de travail. Pour la médecine, pour le SSR et pour le CCNP, l'information passe aussi par le biais du journal interne et/ou intranet, GED. Les professionnels ont été impliqués dans l'élaboration de leur projet de service, les cadres de santé recueillant leurs besoins / leurs attentes. La conformité des pratiques professionnelles des paramédicaux est recherchée par les cadres de santé, avec entre autre une évaluation annuelle de l'agent et ses besoins en terme de formation. Ainsi des formations AGFSU sont suivies par les professionnels en lien avec l'urgence vitale (formation interne). Les dysfonctionnements sont signalés par le biais de FEI, de plus l'établissement a mis en place une « charte de confiance » pour faciliter la déclaration d'EI. Des temps de rencontre entre les différents professionnels sont organisés. Ainsi en médecine, une réunion en moyenne tous les 2 mois et pour les soins palliatifs une réunion en moyenne tous les mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement est doté d'un plan de formation. Ainsi des formations sur « la sécurité transfusionnelle », « sur améliorer la pratique professionnelle », « prévenir les infections associés aux soins en endoscopie » et « accompagnement en fin de vie » ont été effectives. Les ressources matérielles font l'objet de maintenance, matériovigilance quotidienne pour les défibrillateurs. De plus, il existe une convention avec un ingénieur biomédical des HDN (Hôpitaux Drôme Nord) qui intervient sur le site en cas de besoin. L'établissement est équipé de lits médicalisés électriques, de matelas à air, de nombreux fauteuils roulants pour les patients et des rails plafonniers dans les chambres du SSR et plateau technique de rééducation. Le centre hospitalier a mis à disposition des professionnels un système de documentation informatique, accessible et actualisé. Leur localisation est connue des professionnels de terrain. De plus, l'outil informatique comprend une procédure en cas de panne. Le secteur d'endoscopie possède un classeur de documents qualifiés au vue de son activité bien spécifique, classeur mis à jour par l'IDE hygiéniste. Le centre hospitalier a mis en place de procédures/ protocoles de prise en charge comme « la prise en charge des personnes en soins palliatifs », « prise en charge de patients appartenant à une population spécifique – personnes âgées ». Les professionnels réalisent des actes dépendants de leurs champs de compétence. Il existe des documents d'informations pour les professionnels comme « la fiche projet EPP – pris en charge des escarres », outils d'aide à l'administration comme « Vidal ». L'établissement possède des documents d'information pour les patients comme l'intervention et objectifs de l'association PASSAGE pour les familles ayant un proche en soins palliatifs. Le centre hospitalier est doté d'un outil informatique pour le dossier patient permettant d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge, comme « la dictée à reconnaissance vocale » pour les courriers de sortie. En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, l'établissement a mis en place des fiches projets durant le séjour du patient comme par exemple la remise d'information du carnet d'administration médicamenteuse, pour le patient diabétique des documents d'information sur cette pathologie lui sont fournis. La fonction transport est organisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les procédures de prise en charge de patients selon leur secteur de l'admission à la sortie et tout le long du séjour. Cette prise en charge se fait en concertation avec les professionnels en amont et en aval, pour des interfaces opérationnelles et effectives. En effet dans le dossier patient informatisé, il existe des « fiches de liaison » / « fiche de suivi de plaie » / « fiche prescription – liaison PEC hygiène » par exemple que les paramédicaux peuvent renseigner lors de la sortie du patient. Pour le secteur de médecine, les admissions se font en grande majorité directement par l'intermédiaire du médecin généraliste, sinon entrée par le biais du CCNP ou autres établissements de santé. Pour le secteur du SSR, les entrées se font suite à un transfert de la médecine du CH de Saint Marcellin, voire d'autres établissements et rarement directement du CCNP. Les admissions au SSR sont effectives après une validation médicale suite à l'étude du dossier envoyé via Trajectoire. Lors de l'admission et ce quel que soit le secteur la recherche de l'identité, de la personne de confiance, la remise du livret d'accueil, l'installation et les habitudes de vie sont systématiquement recherchées. En SSR, il existe un projet de soins personnalisé (PPI), concerté et tracé suite à l'évaluation initiale par le médecin et en médecine il existe un projet de soins personnalisé qui va se développer en termes de formalisation. Le projet de soins qui en découle se fait en pluridisciplinarité. Le patient est informé de son état de santé. La traçabilité des actes des professionnels est effective dans le dossier patient informatisé. Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant du patient ou au médecin hospitalier si transfert vers autre établissement de soins. En ce qui concerne les prises en charge des urgences vitales, les professionnels de santé connaissent la procédure, les professionnels suivent la formation AGFSU. De plus chaque secteur possède un chariot d'urgence scellé se trouvant dans la salle de soins et un défibrillateur dans armoire vitrée se trouvant dans les couloirs des secteurs de soins. L'hôpital a défini une organisation concernant la prise en charge des sujets âgés. Concernant la traçabilité du poids / taille pour le calcul de l'IMC elle se retrouve dans le DPI, qui possède la fonctionnalité de rappel de surveillance du poids au 14ème jour pour le SSR, comme le montre les patients traceurs. L'hôpital se préoccupe du risque suicidaire avec la mise en place de fenêtres sécurisées, des documents qualifiés comme la procédure d'identification du risque suicidaire se trouvent dans la gestion documentaire informatisée et sont connus des professionnels de terrain. Le consentement du patient est recueilli pour tout acte à risque. Concernant les « directives anticipées », le centre hospitalier possède un document papier « check-list d'admission » que les professionnels peuvent renseigner.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier vient de finaliser un audit sur « les escarres ». L'établissement a utilisé l'outil « patient traceur » grâce au soutien méthodologique de la structure régionale d'appui et il en a effectué 5. Suite à un patient traceur effectué en SSR, le constat est le suivant : délai de 3 semaines entre 2 projets personnalisés individualisés. De ce fait, l'action corrective a été la réévaluation pluridisciplinaire de ce PPI tous les 15 jours. 2 EPP ont été mises en place :

- « bonnes pratiques de transfusion sanguine » avec comme actions d'amélioration une fiche de surveillance des transfusions retravaillée effective avec la collaboration des HDN ainsi que des formations pour les IDE à au CH de Valence / les référentiels concernant les temps de transfusion ont été revu lors du CSTH d'octobre 2016.
- « pertinence des prescriptions d'anticoagulants chez la personne âgée »

Le centre hospitalier participe à l'enquête nationale de satisfaction e- satis. Un questionnaire de sortie a été mis en place au sein de la structure. L'établissement travaille sur la base de leur IPAQSS mais aussi sur les FEI faites par les professionnels.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont retrouvées dans le PAQSS, reprenant les actions correctives du compte qualité. La communication des résultats se font soit par le journal interne mensuel certifié action soit par intranet soit par cahier de transmission tenu à jour par la cadre de santé du SSR soit lors de réunion de services. Les indicateurs nationaux ont été transmis auprès des professionnels par le biais de certifié action et affichage.

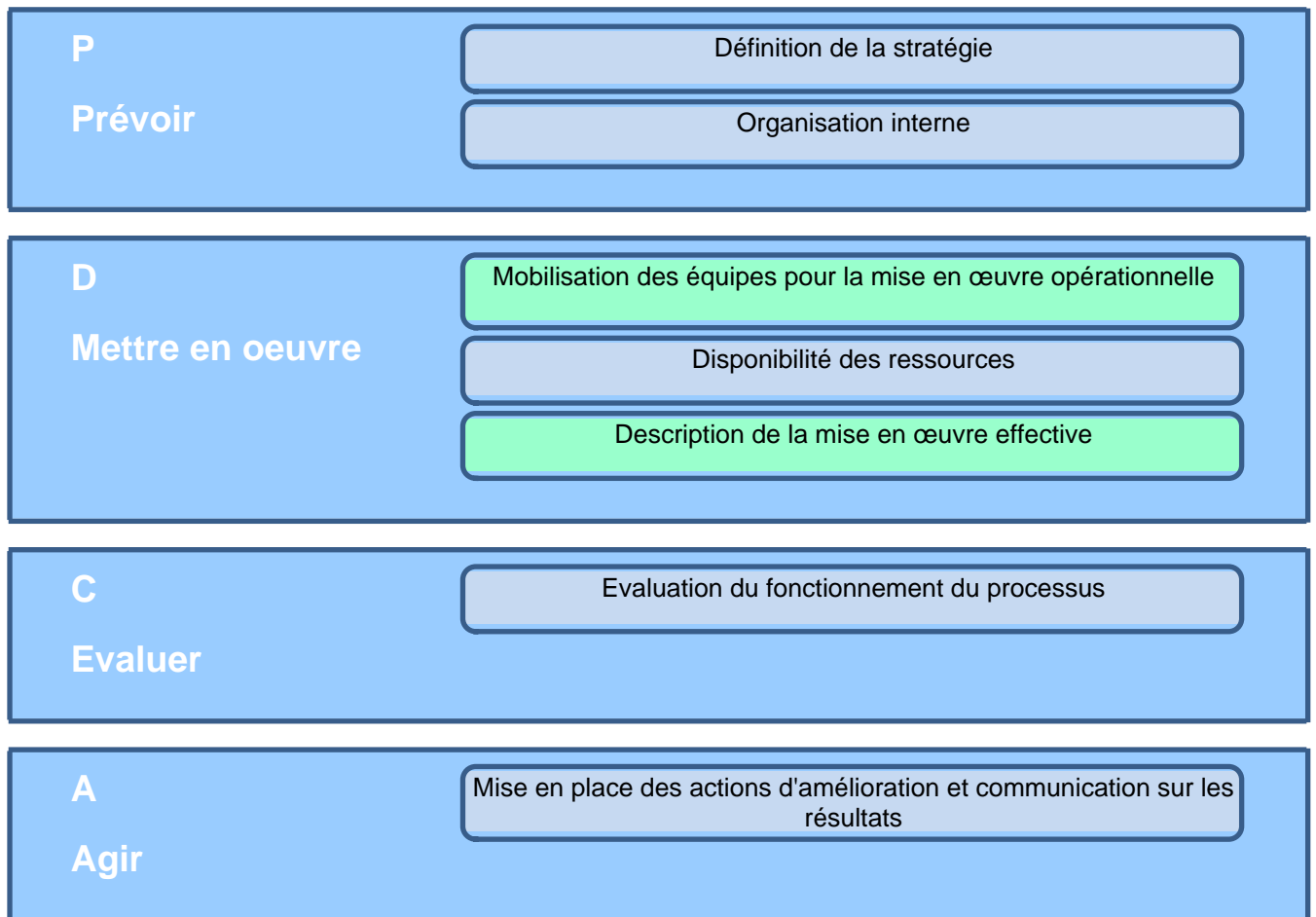
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de St Marcellin a élaboré en 2016, une politique du dossier patient en cohérence avec l'une des orientations stratégiques de la politique qualité concernant la généralisation du dossier patient informatisé. Ce document, qui précise la stratégie déployée dans le domaine de la gestion du dossier patient, a été validé en CME. Le centre hospitalier a analysé ses besoins et ses risques dans le cadre d'un groupe de travail pluriprofessionnel, avec les professionnels concernés sur la base des indicateurs IPAQSS, de la précédente certification, de la cartographie des risques a priori, des événements indésirables signalés et il a constitué le compte qualité en hiérarchisant ses risques. Les risques prioritaires retenus portent sur l'insuffisance de traçabilité des éléments du dossier patient informatisé, l'insuffisance de maîtrise de l'outil informatique, la méconnaissance par les professionnels de la procédure de communication du dossier aux patients et l'insuffisance de maîtrise du délai de communication des éléments de prise en charge des patients aux correspondants externes. Un plan d'action a été proposé et validé en comité de pilotage qualité et en CME. La finalité de ce plan d'action vise à promouvoir l'informatisation complète de toute la chaîne du dossier patient à l'échéance de 2018 et à pérenniser cette démarche au sein du GHT dans la perspective d'un dossier médical informatisé, partagé et sécurisé. Le plan d'actions établi pour la thématique du dossier est intégrée au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique du dossier patient est assuré par un praticien hospitalier, pharmacien dont la fiche de mission/tâches définit précisément le rôle d'accompagnement auprès des professionnels afin de concourir à l'appropriation du dossier informatisé. Deux co-pilotes, un médecin et un infirmier ont été désignés dont les fiches de missions sont également formalisées. Le pilote pharmacien et le copilote infirmier disposent de temps dédié à hauteur de 0,5 ETP pour l'infirmier et de 0,4 ETP pour le pharmacien. L'infirmier est identifié comme le référent du dossier informatisé pour les professionnels et ses missions d'assistance sont connues des professionnels. Le déploiement de la stratégie du dossier patient est coordonné par un comité d'information médicale, pluri professionnel composé de médecins, de cadres de santé, d'informaticien de personnels administratifs, présidé par le médecin en charge du DIM. Ce comité se réunit deux fois par an et assure le pilotage du déploiement de l'outil informatisé. Un règlement intérieur précise ses missions. Par ailleurs, l'établissement met à la disposition des professionnels utilisateurs du dossier patient informatisé plusieurs guides d'utilisation accessibles depuis le logiciel de gestion documentaire. Les guides définissent précisément les règles d'utilisation du dossier, les règles de confidentialité, d'accessibilité aux dossiers et un protocole actualisé en 2016 précise la composition du dossier, les modalités de classement et d'archivage des dossiers, les modalités d'accès du patient à son dossier avec un formulaire de demande de dossier à compléter par le demandeur. L'information du patient quant à ses droits d'accès à son dossier est précisé dans le livret d'accueil remis lors de l'admission. L'établissement développe des formations à l'utilisation du dossier informatisé auprès des professionnels en les associant aux transmissions ciblées et aux formations à la prise en charge médicamenteuse de manière à optimiser la disponibilité des professionnels de terrain. Les pilotes et copilotes de la thématique du dossier assurent la formation et l'accompagnement des professionnels au plus près de leur activité. Près de 80 professionnels sont formés au dossier patient ce qui représente la quasi totalité des professionnels utilisateurs du dossier. Par ailleurs, tout nouvel agent arrivant reçoit le jour d'ouverture de ses droits d'accès, une formation à l'utilisation de l'outil. Les médecins de chaque service ont accès à l'ensemble des données médicales du dossier informatisé et du dossier papier unique pour tout patient hospitalisé. Les dossiers détenus par l'établissement sont archivés au sein de l'établissement sans limitation de durée du vivant du patient. La coordination des différents intervenants, informaticiens, médecins, infirmiers et les personnels administratifs est assurée au sein du comité de l'information médicale qui réunit l'ensemble des composantes professionnels et des profils utilisateurs du dossier patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé ont identifié dans chaque service un référent dossier parmi les personnels paramédicaux en vue de relater les difficultés de la pratique et d'échanger sur les modalités de fonctionnement au sein d'un club utilisateurs. Ces référents dossiers sont les interlocuteurs privilégiés des deux pilotes du dossier. Les cadres de santé, les pilotes et les référents des services communiquent auprès des équipes sur les mises à jour du dossier et s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de tenue du dossier. Les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient renseignent, en temps utile, le dossier patient. Des actions correctives sont proposées

par rapport aux résultats des indicateurs IPAQSS. Ainsi, un système de dictée à reconnaissance vocale a-t-il été mis à la disposition des médecins afin de réduire les délais des courriers de fin de séjour. Les équipes ont participé à la rédaction des protocoles et guides du dossier et elles sont associées à leur actualisation. Des réunions sont organisées à l'initiative des pilotes référents et un bilan annuel est réalisé avec l'ensemble des infirmiers référents des services dans le cadre d'une démarche de communication ascendante et descendante.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a prévu les ressources nécessaires en matériels (ordinateurs fixes et portables, logiciels), accompagnement (disponibilité de deux professionnels pharmacien et infirmier) afin d'apporter aux utilisateurs l'assistance nécessaire et d'identifier les améliorations à répercuter. Un espace d'échange entre référents formateurs et référents des services est identifié. Les documents mis à la disposition des professionnels via le dispositif de gestion documentaire, l'intranet et le journal interne Certific action concourent à la mise en œuvre de la stratégie de déploiement du dossier patient informatisé. Les nouveaux agents sont tous formés préalablement à l'ouverture de leurs droits d'accès au dossier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient transcrivent dans le dossier les éléments constitutifs de la prise en charge du patient. Toutefois, la totalité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient n'est pas systématiquement tracé par tous les professionnels dans le dossier. Le dossier informatisé comprend les informations administratives relatives au patient, la date et heure d'entrée, les coordonnées du médecin traitant, le motif d'admission, les antécédents et facteurs de risques, les conclusions de l'examen initial, le recueil actualisé des éléments de la prise en charge, les examens complémentaires de biologie, imagerie réalisés dans l'établissement, les informations relatives à l'évolution de la prise en charge, la trace de la réflexion bénéfique risque et de la stratégie diagnostique et thérapeutique, les interventions des professionnels paramédicaux, la date et heure de sortie, l'ordonnance de sortie, la fiche de liaison si le patient est transféré, le compte rendu d'hospitalisation et le document de sortie remis au patient le jour de sa sortie. En revanche, il subsiste un dossier papier pour les documents provenant de l'extérieur, les prescriptions de consultations médicales spécialisées, les bons d'imagerie, l'inventaire et la personne de confiance, le dossier transfusionnel. La communication du dossier aux différents professionnels de l'établissement impliqués dans la prise en charge est assurée sans délais par accès direct au dossier informatisé du patient dans le respect des règles de confidentialité. La lettre de liaison est en place destinée à garantir la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et les intervenants externes. Les patients ont accès dans le délai réglementaire aux dossiers les concernant comme en témoigne le rapport de la CRUQPC sur ce sujet .

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier de st Marcellin procède à des évaluations régulières du processus dossier patient à partir d'indicateurs nationaux et propres à l'établissement : indicateurs IPAQSS, fiches d'événements indésirables, nombre de dossiers demandés par les patients, les audits sur la traçabilité de l'administration des chimiothérapies, l'audit de traçabilité des RCP, la traçabilité de l'information délivrée aux patients sur les traitements par AVK, la check list d'entrée, des mini audits complémentaires aux IPAQSS sont en outre réalisés dans le service de SSR sur des thèmes particuliers tels que la trace de l'IMC dans le dossier, la trace des actes réalisés etc.

A / AGIR

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

Le programme d'actions à conduire en lien avec la thématique du dossier est confié aux pilotes et copilotes du processus dossier patient en étroite concertation avec le comité de l'information médicale. Le PAQSS détermine les actions du dossier patient sous forme d'un tableau comportant des objectifs, des indicateurs de moyens ou de résultats, des échéances. La diffusion du plan d'actions est assurée par l'intranet et par le canal du journal interne certific 'action diffusé chaque mois. Des réunions d'informations sont également organisées par les cadres de santé en lien avec les référents dossier. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en place en regard des évaluations réalisées en lien avec la CRUQ tel que : la mise à jour des procédures relatives au dossier du patient notamment dans le domaine de la confidentialité, la création d'un club utilisateur réunissant les référents dossier des services et les référents en charge du pilotage de la thématique du dossier. Ces actions sont déclinées dans le compte qualité et inscrites dans le PAQSS.

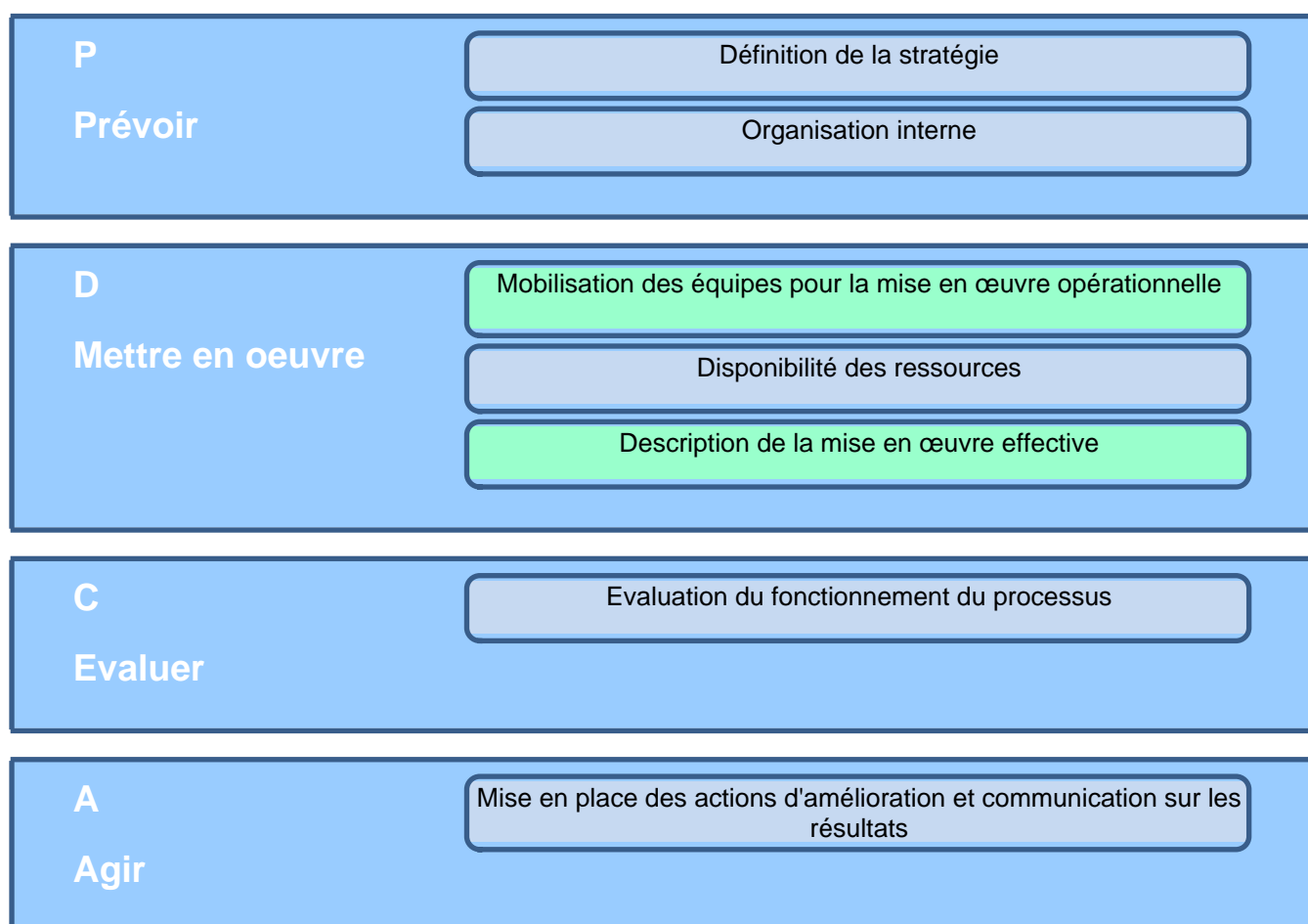
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le centre hospitalier a défini sa politique qualité de la prise en charge médicamenteuse et elle est intégrée dans le projet d'établissement 2013-2017. De plus, il existe un MAQ (manuel d'assurance qualité) où l'on retrouve le rôle de chacun des intervenants, liste des protocoles actualisés entre autre. L'établissement a un programme d'amélioration de PECM, décliné dans le PAQSS 2016-2018. La politique est validée par le CORQ puis présentée en CME. Le centre hospitalier de Saint Marcellin a établi sa cartographie des risques a priori et a posteriori concernant la thématique « circuit du médicament » à partir des indicateurs IPAQSS, des Fiches d'évènements Indésirables (FEI) en moyenne 25 pour ce thème sur 200/an) et des CREX. La cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse (PECM) s'est faite par le biais de l'outil Interdiag (ANAP) puis ARCHIMED pour la PUI. La cartographie des risques est un aboutissement de travail pluridisciplinaire, consécutivement à un état des lieux initial effectué par les pilotes et en utilisant la méthode AMDEC.

L'établissement a identifié 3 risques dans son compte qualité :

- Risques liés aux traitements personnels,
- Risques liés à la prescription, dispensation, administration des médicaments à risque et/ou patients à risque,
- Insuffisance de mise en œuvre des bonnes pratiques de préparation et administration des médicaments.

La cartographie des risques reprend chaque étape du circuit du médicament, en tenant compte des risques spécifiques (médicaments à risques, médicaments à écraser, patients à risques comme les personnes âgées). Cette cartographie des risques a été validée par le CORQ puis présenté au COMEDIMS. Le compte qualité a été renseigné en utilisant l'outil d'analyse systémique de l'OMEDIT Pays de la Loire.

ORGANISATION INTERNE

Le management du processus « circuit du médicament » est opérationnel. La pilote de cette thématique est la responsable assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) qui est aussi la coordonnatrice des risques associés aux soins. Les co-pilotes sont :

- pharmacien -président du COMEDIMS
- Pharmacien gérant

Une feuille de route pour les pilotes et co-pilotes sont formalisées. De plus, l'établissement a un groupe de travail sur le circuit du médicament, en ce qui concerne le CAI (comité des anti infectieux) les professionnels participent au CAI de l'établissement support du GHT (CH où sont positionnés les infectiologues), durant les COMEDIMS des points sont abordés sur les infections. Une organisation est mise en place entre la coordonnatrice des risques associés aux soins (CDR) et l'assistante qualité qui se réunissent de façon hebdomadaire. Il existe une permanence des analyses de FEI entre la coordonnatrice des risques associés aux soins et les 2 pharmaciens. La cotation de la gravité est assurée par la coordonnatrice des risques associés aux soins et l'assistante qualité. Le centre hospitalier possède une procédure sur le circuit du médicament qui a été validée et diffusée. Il existe des heures d'ouverture en présence de(s) pharmacien(s) qui sont connues des professionnels de santé. Le local de la PUI est sécurisé, fermeture par clé et/ou digicode, porte blindée, barreaux aux fenêtres, séparation géographique entre la zone pour la rétrocession et la récupération des traitements par les professionnels de santé. De plus, la PUI possède une alarme en cas d'intrusion. Le centre hospitalier a des conventions avec les CH de Romans/Valence et Grenoble en ce qui concerne la chimiothérapie. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, les services de soins possède une dotation de service en quantité suffisante de médicaments. D'autant plus, qu'une organisation a été mise en place et qui consiste à faire le point sur des besoins éventuels de médicaments entre les pharmaciens et les médecins. Le CH de Saint Marcellin a mis en place des outils d'aide à l'administration comme le DOROZ, Vidal, documents informatisés ainsi qu'un classeur pharmacie comportant des protocoles (information sur les médicaments à écraser) / carnet de prescription des stupéfiants en cas de panne informatique (classeur dans les salles de soins). Pour les médecins prescripteurs, ils ont à leurs dispositions le livret thérapeutique, revu au moins à chaque changement de marché. Au vu du dimensionnement de l'équipe de la PUI (2 PH pharmaciens et 2 ETP de préparateurs en pharmacie), les échanges sont réguliers. Les pharmaciens, ayant accès aux données biologiques et cliniques, font des analyses pharmaceutiques. La conciliation médicamenteuse est une orientation du CH qui est profondément ancrée dans cette dynamique. En effet, l'établissement a été pilote par cette participation à une étude multicentrique dans le cadre de l'activité de recherche relative à la prise en charge de patients âgées (+ de 65 ans). De plus, concernant la conciliation médicamenteuse lors de la SSP 2015 une rencontre avec les médecins de ville a été organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les IDE de nuit ont pour charge de préparer le tiroir de médicament des patients, médicaments étant retrouvés dans leurs blister (constat sur le terrain). L'établissement est en dispensation nominative globalisée, le réassort se faisant suite à la traçabilité de l'administration par l'IDE. La mobilisation des équipes est effective. En effet, suite à une FEI la coordonnatrice des risques associés aux soins et l'assistante qualité, après avoir octroyé une valeur de gravité désignent l'acteur qui devra traiter l'évènement indésirable. Cette FEI en lien avec le circuit médicament sera automatiquement dirigée aussi vers l'instance concernée donc le COMEDIMS (qui se réunit 3 fois/an). Le déclarant peut revenir sur sa FEI informatisée pour connaître les actions d'amélioration mise en place. Si nécessité, ces FEI peuvent faire l'objet de CREX. Ainsi suite à une FEI qui a été suivi d'un CREX un audit de « bonnes pratiques sur la préparation des piluliers » a été effectif. Durant le COMEDIMS, une diffusion des référentiels de bonnes pratiques, « pertinence des antibiotiques », « AVK », « prescriptions hors GHS » est effective. La cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments sont organisés. De plus, une identification des médicaments à risques, des médicaments à écraser est effective. L'identification des médicaments à risques dans les armoires de stockage dans les salles de soins est basée sur un code couleur. De plus, les injectables sont séparés géographiquement des médicaments per-os ainsi que les solutés concentrés. L'agencement de la PUI est organisé, elle possède un coffre à stupéfiants sécurisés. Les ressources en personnel pour la PUI et les services de soins sont assurées. Les professionnels de santé ont été sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse par les pharmaciens. Les nouveaux agents sont systématiquement tutorés. Les ressources en matériels sont adéquates en termes d'ordinateurs, de coffres de stupéfiants (coffres sécurisés et se trouvant dans les salles de soins fermées par digicode), de chariots de distribution de médicaments. Les chariots de distribution des médicaments sont sécurisés par code. L'établissement a à la disposition des professionnels de santé des protocoles sur intranet- partie pharmacie – prise en charge médicamenteuse. Le chariot d'urgence est adapté, sécurisé par scellé, vérifié et entretenu. Sa traçabilité est effective. En ce qui concerne les périmés des services de soins, un suivi mensuel est assuré par l'IDE et un suivi quotidien par les préparatrices de la PUI. Les réfrigérateurs des salles de soins disposent de thermomètre. Pour les cytotoxiques, les produits arrivent via un transporteur externe. Ils sont fournis par l'établissement support du GHT auquel appartient le CH de Saint Marcellin, le jour même de l'administration. Contrôle systématiquement fait par un pharmacien ou par le PH du service comme le stipule la procédure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La dispensation entre la PUI et les services de soins est organisée et connue des professionnels. De plus, elle est sécurisée. La distribution des médicaments est effective par le biais de tiroir nominatif où les médicaments sont dans leurs blisters. L'informatisation de la prescription médicamenteuse est complète avec une traçabilité de la prescription à l'administration (voire même le motif de non administration renseigné) retrouvée lors des patients traceurs. En ce qui concerne l'antibiothérapie, une réévaluation est effective conformément à la réglementation, par le biais d'une alerte sur le DPI mais aussi par les pharmaciennes qui contactent directement les prescripteurs. Les prescriptions médicamenteuses pour la sortie sont systématiquement faites en DCI, le logiciel dossier patient le permettant. Le traitement personnel fait l'objet d'une procédure connue des professionnels. Le patient possède l'information du traitement personnel dans le livret d'accueil, feuillet sur « mes médicaments à l'hôpital ». Les professionnels ont été formés et sont sensibilisés à la déclaration de la FEI. En ce qui concerne les formations, les pharmaciens du site avec l'IDE du référent logiciel dossier patient assure une formation annuelle pour les IDE sur le thème « prise en charge médicamenteuse » en revoyant les FEI sur ce thème. Suite à cette formation, mise en place des règles des 5B, erreurs liées à l'administration... Les protocoles sont validés par les médecins comme pour les débits, solvants afin d'obtenir une pratique uniforme par les IDE.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi des FEI est assuré conjointement entre la coordonnatrice des risques associés aux soins et l'assistante qualité. Le centre hospitalier fait en moyenne 2 à 3 CREX par an sur la thématique « circuit du médicament » et en moyenne 3 RMM. 4 EPP sont effectives : audit sur la pertinence pour « prise en charge médicamenteuse de la personne âgée »/« AVK » et « ATB » et audit sur les bonnes pratiques pour la « sécurisation de la PECM ». Un audit des bonnes pratiques sur la préparation des piluliers consécutifs consécutif à une FEI qui a été suivi d'un CREX. Suite à cet audit, les actions correctives ont été la mise en

place de nouveaux chariots de distribution avec des tiroirs médicaments nominatifs, et des audits réguliers des « piluliers » sont réalisés par la cadre de santé en présence de la préparatrice en pharmacie. Cette méthodologie a été validée par le CORQ. Un audit sur « l'écrasement des médicaments » est en cours. Un audit auprès des patients effectué par le pharmacien–responsable COMEDIMS sur le traitement personnel sera ensuite présenté auprès de l'instance concernée pour mise en place d'actions correctives. Ainsi le constat de la traçabilité du traitement personnel se retrouve indiqué dans la prescription informatisée comme le montre le patient traceur.

A / AGIR

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

Le programme d'action de la prise en charge du circuit du médicament intègre les résultats des différentes évaluations comme les EPP/audits de conformité/CREX/ RMM/ analyse de risques a priori. Le programme d'action de la prise en charge du circuit du médicament intègre les résultats du suivi du CBU/ICATB2/inspection et certification. Les actions d'amélioration sont retrouvées dans le PAQSS, reprenant les Actions Correctives du compte qualité. La communication des actions correctives est faite lors de COMEDIMS. une communication a également été réalisée à l'OMEDIT sur les actions conduites par l'établissement dans le domaine de la conciliation médicamenteuse. Les indicateurs nationaux ont été transmis auprès des professionnels par le biais de certific'actions et affichage.