



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
MICHEL DUBETTIER**

Rue Jacques Marret
73250 Saint-Pierre-D'Albigny

DÉCEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30

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 MICHEL DUBETTIER	
Adresse	Rue jacques marret 73250 Saint-Pierre-D'Albigny
Département / région	SAVOIE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	730780558	HOPITAL DE SAINT PIERRE D'ALBIGNY	Rue jacques marret Bp 11 73250 Saint-Pierre-D'Albigny
Etablissement de santé	730000270	CENTRE HOSPITALIER MICHEL DUBETTIER	Rue jacques marret 73250 Saint-Pierre-D'Albigny

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	36

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- Direction commune avec le CH Albertville-Moûtiers - GCS de blanchisserie des hôpitaux de Savoie - GCS DPI HL RA - GHT Savoie Belley
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
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	Femme	SSR polyvalent	Soins palliatifs Oncologie	HC	Complexe	SSR
2	Femme	SSR polyvalent	SSR POST Chir ortho	HC suite chir	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

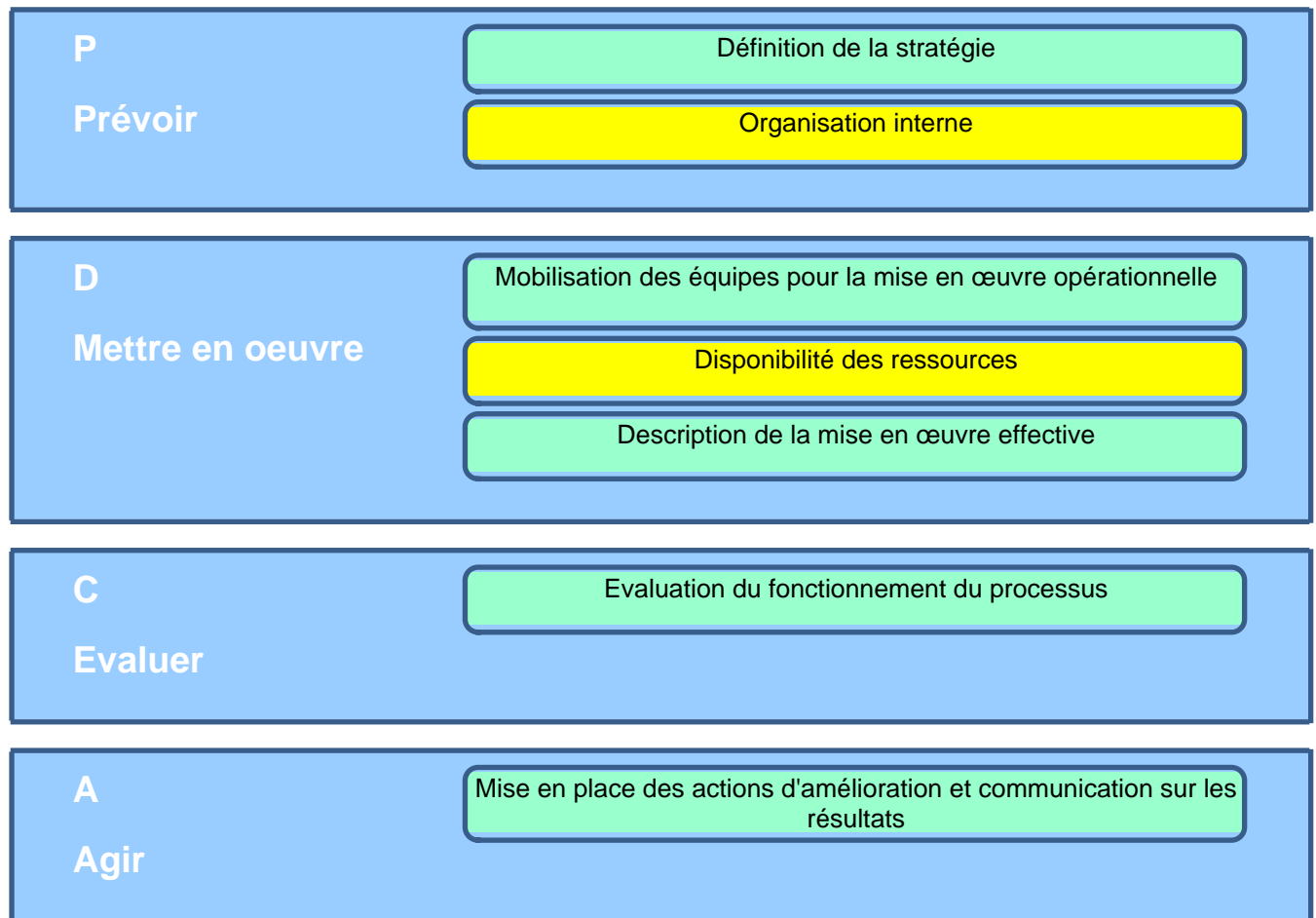
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le Centre Hospitalier Michel Dubettier est un Hôpital de proximité comprenant 36 lits de SSR répartis sur différents secteurs : un secteur de 24 lits pour des patients arrivant directement de leur domicile ou d'Établissements en amont un secteur de 6 lits dédiés à la prise en charge palliative (hors ARS), et un secteur de 6 lits d'EVC (état végétatif chronique). Au regard de ses missions et contraintes la politique institutionnelle d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins 2017-2022 portée par le management et validée par la CME axe ses priorités notamment sur l'amélioration des pratiques professionnelles, l'écoute et la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, la maîtrise des risques et le développement de la culture qualité à travers les analyses d'événements indésirables et des CREX. Cette politique intégrée dans le projet d'établissement et le CPOM 2013-2017 est retrouvée dans un chapitre prochain en cours de validation. La politique EPP est définie et intégrée à la politique qualité de l'établissement ainsi qu'au projet d'Établissement. Une concertation des professionnels et du gestionnaire des risques est prévue sur la stratégie de l'EPP. Une stratégie est développée afin d'améliorer la culture qualité au sein du CH pour impulser une meilleure dynamique et participation des agents à la démarche qualité notamment par le biais des déclarations d'évènements indésirables. Le dispositif de gestion des évènements indésirables est formalisé et permet une analyse approfondie des causes selon une méthodologie adaptée avec les professionnels concernés. Ces politiques sont diffusées via la GED informatisée et papier dans tous les secteurs pour les professionnels.

Au regard de son activité et du contexte, le CH Dubettier a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels, en partant des parcours des patients et des situations à risques. Puis, une cartographie des risques par thématique, selon celles proposées par la HAS, a pu être réalisée avec des groupes pluriprofessionnels animés par la Directrice responsable qualité et la coordinatrice de la gestion des risques également Cadre Supérieur de Santé. Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode proposée par la HAS et les moins maîtrisés ont été repris dans le compte qualité pour l'ensemble des thématiques.

La mise en œuvre de cette politique est traduite dans des programmes d'actions par un pilote pour chaque thématique suivant le PAQSS correspondant. Ces derniers sont réévalués régulièrement lors des CSIRMT où tous les pilotes sont conviés ainsi que le service qualité et l'ingénieur qualité en aide méthodologique (Temps partagé GHT). Les actions découlant des risques identifiés comme prioritaires dans la cartographie des risques ont été mises avec la mobilisation des professionnels sur le Compte Qualité et sont également retrouvées dans le PAQSS. Le PAQSS précise les actions, leur responsable, les échéances, l'état d'avancement, les modalités de suivi et indicateurs. Cependant, le PAQSS global et unique élaboré n'a pas été présenté ni validé aux instances (CME, CDU). En effet, il existait plusieurs Plans d'action et le PAQSS unique institutionnel ayant été formalisé au cours de la visite V2014, ce PAQSS n'a pas pu être présenté aux instances concernées.

Les plans d'actions comprennent les actions d'amélioration, avec des échéances, en lien avec la cartographie des risques, les résultats d'audits, des EPP, les analyses d'EI, des CREX ...

Un PAQSS a été formalisé regroupant tous ces plans d'actions au cours de la visite afin qu'un PAQSS global unique et institutionnel soit présenté en un seul document suivi par la cellule qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, le coordonner et harmoniser la gestion des risques. Le système de management de la qualité est organisé sur 2 niveaux (décisionnel, et opérationnel). Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité (niveau décisionnel) est assuré de manière transversale par la Direction et la coordination des différentes instances CME, CSIRMT...Au niveau opérationnel, la direction qualité (Directeur responsable gestion des risques et le coordonnateur de la gestion des risques associée aux soins CGRAS) met en œuvre des groupes de travail chargés de suivre leur propre plan d'action qualité-gestion des risques. La fonction de coordination de la GDR associée aux soins est définie et identifiée dans l'Établissement. Cette fonction est assurée par la Cadre Supérieur de Santé qui est en lien direct avec les responsables de chaque secteur, les vigilants, la cellule de pilotage qu'elle anime, l'Ingénieur qualité intervenant à temps partiel dans l'Établissement et la Directrice à certaines réunions.

Le CGRAS a en charge les groupes de travail opérationnels constitué de professionnels avec des référents. Ses missions sont définies dans une fiche de poste. Les représentants des usagers participent à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CDU où leur est présenté le PAQSS. Le CGDR à partir des PAQ Thématiques proposés par les pilotes de processus, met à jour le PAQSS institutionnel et le présente à la CME pour validation. La conduite des actions est suivie par les pilotes de processus, la Direction Qualité s'assure de la mise en œuvre du PAQSS en s'appuyant sur les groupes de travail et se fait en étroite collaboration avec le Pdt CME (médecin coordonnateur du SSR).

La représentation des usagers est organisée au sein de l'Établissement et le recueil des attentes des

usagers est organisé. Pour la nouvelle CDU nouvellement installée il est prévu qu'ils soient sollicités à participer à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité sécurité des soins dans le cadre de la CDU où lors d'actions de sensibilisation.

La veille réglementaire est organisée par la Directrice et les alertes sont également reçues sur le téléphone de garde du Cadre administratif de garde. La direction met en place des actions afin de répondre aux contrôles interne et externes ou lors de parution de nouvelles exigences réglementaires.

Les alertes sanitaires descendantes et ascendantes sont aussi gérées par la Direction. Les vigilances sont organisées grâce à des fiches cerfa de déclaration et formalisées par des procédures (Pharmacovigilance, matériovigilance, Infectiovigilance...) et coordonnées par le CGDR qui fait le lien avec les alertes régionales et nationales.

Cependant, les situations de crise en lien avec la gestion de crise ne sont pas identifiées. L'organisation formalisée concernant le plan blanc n'est pas actualisée et date de 2010. Elle n'est pas diffusée aux professionnels concernés. Les plans d'urgence ne sont pas tous établis (PSE, Vigipirate, PCA...). Des simulations avec retour d'expérience ne sont pas prévues. Le plan blanc n'est pas opérationnel et ne fait pas l'objet d'un exercice annuel destiné à sa mise en œuvre.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Des référents dans de nombreux domaines sont nommés après candidature. Lors de chaque entretien annuel, les besoins en formation de chacun sont identifiés de façon institutionnelle et planifiés. Le plan de formation du CH dispose d'actions précises se rattachant à la promotion de la qualité ainsi que de formation de promotion professionnelle ainsi la CSS a fait une formation CGRAS et est en Master2. Pour former les agents, l'établissement s'appuie essentiellement sur des ressources internes : La CGRAS est référente et forme les agents aux signalements des EI, conduite de CREX, méthodologie concernant la cartographie des risques. Un ingénieur Qualité vient en appui pour l'aide méthodologique à hauteur de 10%.

Il existe au CH Dubettier un Manuel Qualité et gestion des risques depuis 2009, remis à jour en 2017 et validé par la cellule qualité et la CME.

Un système de gestion documentaire est en place. Les documents utiles ont été identifiés par catégories professionnelles (soignantes / administratives) et la GED est accessible par informatique sur un fichier via le réseau de l'Etablissement accessible depuis les ordinateurs et en version papier dans des classeurs dans chaque secteur. L'ensemble des procédures en lien avec le signalement des EI, la gestion des plaintes et des réclamations, les vigilances, les alertes sanitaires, la maîtrise du risque infectieux, les EPP et des CREX y sont retrouvées. Le dispositif de gestion (dont signalement et traitement) des événements indésirables est prévu, avec retour vers les déclarants.

Il existe un programme de travaux et une réfection des locaux est prévue pour améliorer l'ergonomie des prises en charge physique et réduire les risques physiques (chutes, etc). Les matériels de prévention sécuritaire sont prévus et entretenus (incendie, électricité, informatique). Les missions et responsabilités pour organiser les EPP dans les secteurs d'activité sont définies.

Les modalités de communication sont définies afin de diffuser les résultats des indicateurs aux professionnels et usagers via des tableaux d'affichage et par le biais de la GED informatisée. Il existe un programme de travaux et une réfection des locaux est prévue pour améliorer l'ergonomie des prises en charge physique et réduire les risques physiques (chutes, etc). Les matériels de prévention sécuritaire sont prévus et entretenus (incendie, électricité, informatique).

Le système d'information est doté de sauvegarde et de plan d'entretien (externalisé).

Une organisation est prévue afin de sensibiliser les professionnels et les usagers sur les thèmes qualité et sécurité (semaine sécurité des patients, réunion de service, en lien avec l'hygiène, QUIZ Qualité...). Les liens entre toutes les personnes ressources sont fonctionnels et facilités par la taille de l'Etablissement et l'organisation des réunions régulière. Des fiches supports, check-lists, etc ont été élaborées pour diverses fonctions supports et médico-techniques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Direction qualité et les cadres 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.). Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis dans le cadre de la démarche institutionnelle. La politique qualité comme la stratégie de l'établissement en matière d'EPP sont connues des professionnels. La coordinatrice de la GDR apporte les compétences méthodologiques nécessaires auprès des professionnels : sensibilisation aux analyses des événements indésirables, formation aux patients traceurs, conduite de RMM... Les professionnels sont mobilisés, lors des groupes de travail, des audits internes. Ils participent en particulier à la mise à jour du CQ. La stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CDU (enquêtes de satisfactions spécifiques au secteur). Le recueil des attentes des usagers est communiqué. Il est prévu qu'ils soient sollicités à participer à la mise en œuvre de la politique qualité dans le cadre de la CDU où lors des actions de sensibilisation. Les professionnels sont aussi mobilisés dans les groupes de travail, lors des audits internes. Un point qualité

est systématiquement réalisé lors de chaque réunion de la CSIRMT et en CME. Le registre des plaintes est tenu à jour la gestion des plaintes est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables la méthode d'analyse étant la même que celle des EI, l'ensemble des signalements EI selon leur gravité ou leur portée font l'objet de CREX. La cellule qualité gestion des risques, instance organisationnelle, permet de suivre l'avancée des actions dans chaque secteur et de réajuster vers les professionnels. Ces derniers sont force de proposition quant aux actions d'amélioration à conduire et participent à certains travaux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence et effectifs nécessaires au management qualité et gestion des risques et à l'activité sont en adéquation avec les besoins de l'établissement (Ingénieur qualité à 10%, Directeur Qualité, CGDRAS, auditeurs internes, personnels). Les professionnels en poste sont formés pour le maintien des compétences. Des actions de formation et de communication (formation externes, réunions de services), d'information nouvel arrivant, journée ou semaine à thèmes, sont réalisées par les différents acteurs impliqués dans la qualité (pharmacien, EOH, Service Qualité, référents ...). Les nouveaux arrivants sont tutorés. Les professionnels ont accès aux différentes procédures pour réaliser leurs missions (procédure EI, mise en œuvre d'EPP, projet d'établissement, prise en charge du patient...).

Cependant, le dispositif de GED en place n'est pas totalement opérationnel. En effet, le système en place comprend un accès aux procédures de l'établissement par un accès informatisé mais aussi par la mise à disposition de classeurs dans chaque secteur (soins et administratif). Pour exemple, la politique qualité à jour sur version informatisée ne l'était pas dans un des classeurs de l'administration. La procédure de gestion documentaire du CH ne décrit pas le système en place connu des utilisateurs car ce système a été mis en place récemment et n'a pas été suivi de l'actualisation de la dite procédure. Il coexiste également de nombreux documents non mis en forme par la cellule qualité et intégré directement dans le système de GED comme les procédures en lien avec l'hygiène qui sont très nombreuses et toutes proposées par l'EOH dont les membres interviennent sur plusieurs Établissements de la région et propose des procédures mais ces dernières ne sont pas toujours adaptées au CH Dubettier (ex : lavage chirurgical des mains, dépilation et rasage en pré opératoire). De nombreuses procédures en cours sont anciennes (plus de 10 ans). Les professionnels interrogés dans tous les secteurs SSR expliquent avoir des difficultés d'accès à la GED informatisée du fait que certaines procédures sont complexes à trouver du fait du nombre important de documents ne les concernant parfois pas. Les locaux sont sécurisés, le matériels de soins et de prises en charge des patients en sécurité est disponible (lève malades, fauteuil, barrières, déambulateurs, béquilles..).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Sur le terrain, les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus. Les professionnels signalent des EI et les EI font l'objet d'une analyse des causes notamment profondes pour les EI graves et récurrents lors des CREX, RMM, ou revue des erreurs médicamenteuses (REMED) ponctuels, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés. De même avec la collaboration de la cellule qualité et du management, la coordination interprofessionnelle des vigilances, de la veille sanitaire et de la gestion globale de la qualité et des risques est opérationnelle. Les professionnels rencontrés ont été sensibilisés à la déclaration des EI et une politique de non sanction est connue des équipes. Les nouveaux arrivants rencontrés ont été doublés et sensibilisés à la gestion des risques. Le dispositif de documentation (informatique ou bible) est connu des professionnels. Des professionnels rencontrés ont participé à des démarches d'analyse profondes des causes. Ils connaissent les résultats des indicateurs IPAQSS et de la satisfaction des usagers. Ils ont eu connaissance du PAQSS lors des réunions de service et de la CSIRMT. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions est assurée. La démarche EPP est opérationnelle et les secteurs d'activités organisent tous la mise en œuvre de démarches EPP. Des réunions de services ont lieu régulièrement et un staff avec un bilan de suivi du patient à lieu à J7, J15 et J21 puis tous les 7 jours si besoin. La CIRMST se réunit au moins une fois par trimestre, et la cellule qualité tous les 2 mois. Des groupes de travail sur les thématiques se réunissent régulièrement, les comptes rendus sont communiqués au professionnels par les référents. A la suite des travaux des groupes de travail certaines actions sont portées sur le plan. Les professionnels ont participé à un QUIZ afin d'évaluer leur connaissance en matière de qualité GDR. Une opération de sensibilisation lors de la semaine sécurité des patients a été conduite avec la réalisation d'une chambre des erreurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'exploitation des plaintes et des réclamations, en associant les représentants des usagers et en lien avec le dispositif de signalement des EI est effective et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le déploiement des démarches qualité via les EPP est effectif. Les professionnels concernés sont associés et les professionnels rencontrés sur chaque service connaissent les EPP qui les concernent : EPP sur la douleur, sur l'Hygiène, l'identification du patient au cours de sa prise en charge, en lien avec le médicament... Il existe un tableau de suivi EPP. Les questionnaires de

satisfaction des usagers sont remis aux patients. Les résultats sont exploités en association avec la CDU. L'évaluation du processus qualité et gestion des risques est réalisé au travers des différents audits réalisés, du suivi du nombre de déclarations des EI, du nombre de CREX, les IPAQSS, la satisfaction des patients, les indicateurs issus des EPP. Les bilans des CREX, des vigilances, de la CDU contribuent au dispositif d'évaluation du processus qualité et gestion des risques. La cellule qualité rend un bilan d'activité annuel. Toutefois, il n'existe pas de tableau de bord institutionnel permettant le pilotage de l'Établissement comprenant les indicateurs d'activités, de ressources et de qualité. Chaque pilote de processus suit des indicateurs selon la thématique dont il est responsable et certains peuvent être retrouvés dans le CQ mais l'ensemble des indicateurs n'est pas retrouvé dans un document centralisé permettant le suivi à l'échelle institutionnelle de l'ensemble des indicateurs.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les responsables de chaque groupe de travail avec la participation des professionnels. Des supports et modalités de diffusion sont établis (réunion d'instances, affichage, compte rendus des EPP dans les services, journée ou semaine à thèmes...). Cependant, le PAQSS n'est pas toujours réactualisé au regard des derniers résultats d'évaluation. En effet, des CREX ont été réalisés pour analyser des EI ou des EPP pour suivre des thématiques et proposent ensuite des actions d'amélioration au regard de résultats non atteints dans leurs compte-rendus. Ces actions ne sont pas retrouvées systématiquement dans le PAQSS. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués aux professionnels et affichés dans le hall de l'établissement à destination des patients.

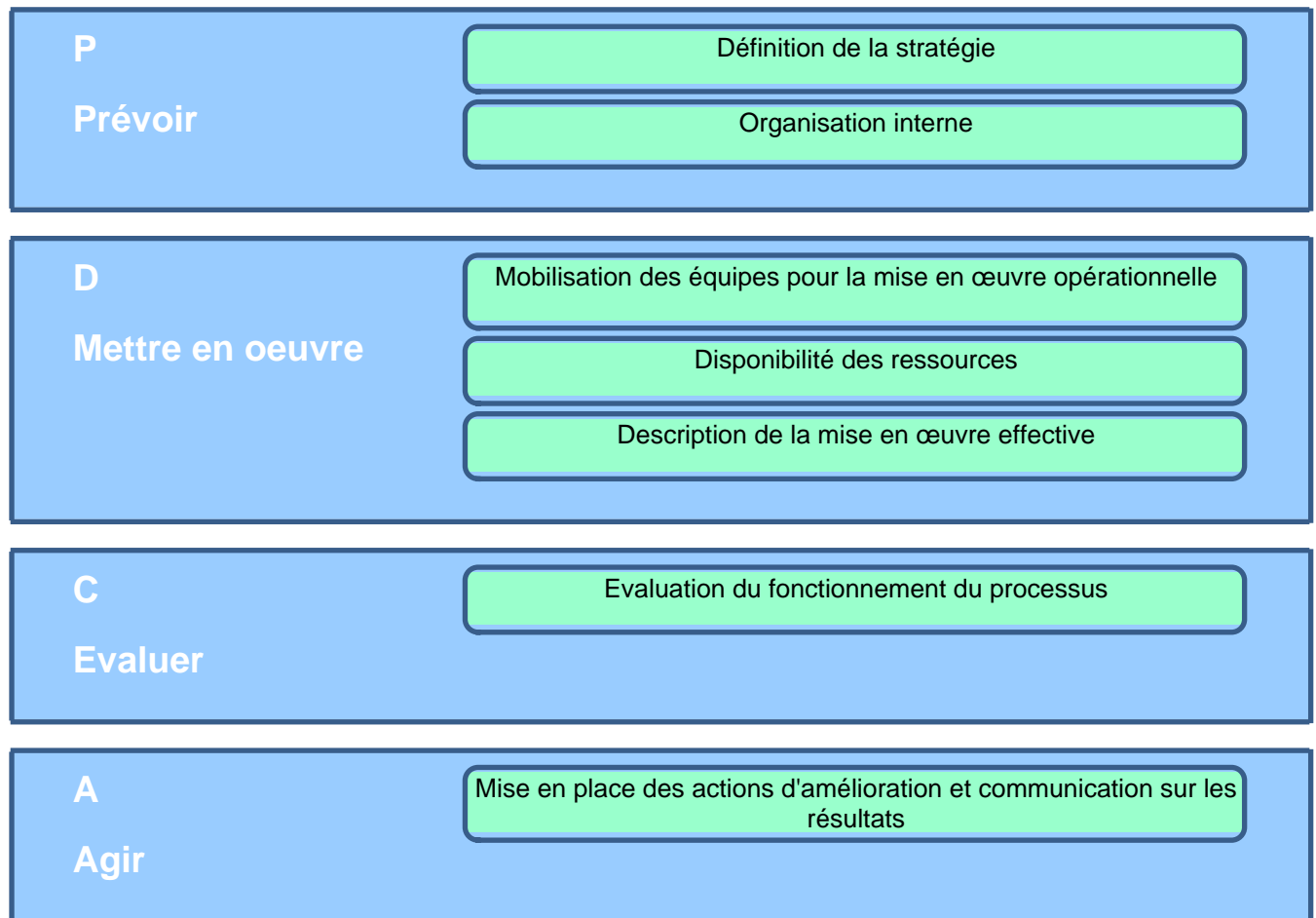
DROITS DES PATIENTS

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 2017-2022 de l'hôpital Michel DUBETTIER en cours de validation porte les valeurs de l'établissement concernant les droits des patients. Il inscrit dans ses orientations stratégiques la prévention de la maltraitance la promotion de la bientraitance avec le respect des droits fondamentaux et notamment de la liberté, l'égalité de traitement, la dignité et l'intimité, ces axes impliquent les instances, dont la CME, la CSIRMT en associant la CDU. Les valeurs définies ont pris en compte les spécificités des patients de gériatrie accueillis dans l'établissement nécessitant des soins de suite et de réadaptation, présentant des pathologies intercurrentes ou pour d'autres de soins palliatifs caractéristiques de fin de vie. L'analyse des événements indésirables, des plaintes et des réclamations, des résultats d'audits ou des enquêtes de satisfaction a conduit à identifier des risques avec les professionnels qui ont été hiérarchisés avec un groupe de travail pluriprofessionnel conformément à la méthodologie HAS. Une cartographie des risques a été réalisée avec les professionnels et 10 risques ont été priorisés et portés, avec un plan d'action dans le compte qualité. Ils portent sur le respect de la confidentialité, l'intimité, la méconnaissance de la maltraitance ; l'information du patient sur ses droits (directives anticipées, le libre choix, la personne de confiance, l'information en cas de dommage). Ce plan d'action priorisé, définit des actions d'amélioration, les responsables, une échéance et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par la directrice, le président de la CME, la médiatrice non médicale (qui est aussi responsable de l'accueil de l'enregistrement des patients), sur le plan opérationnel des référents participent à la réalisation du plan d'actions. La nouvelle CDU vient d'être installée, trois représentants des usagers participent à son activité et sont présents au sein du conseil de surveillance, ils participent aussi au conseil de vie sociale. Les problèmes d'éthiques sont discutés en équipe, une formation sur le sujet a été proposée, une participation au comité d'éthique du CHMS est organisée si besoin.

Concernant les droits du patient trois chartes sont diffusées : la charte de la personne hospitalisée, la charte de bientraitance réalisée avec les patients et les résidents et les référents de la thématique la charte de confidentialité qui s'adresse aux professionnels, patients et aux proches. Les patients retrouvent aussi une information sur leur droits et la mission de la CDU dans le livret d'accueil, et par voie d'affichage. Des formations pour les professionnels sont inscrites sur le plan institutionnel concernant la manutention de la personne âgée, les soins palliatifs, l'accompagnement, la gestion de l'agressivité, la prise en charge de la vulnérabilité et la précarité. Des formations sont réalisées sur la lutte contre la maltraitance son dépistage et la promotion de la bientraitance. Le recueil et l'analyse des plaintes sont organisées et gérées selon une procédure répondant à la loi de santé publique avec information de la CDU comme prévu par décret. Le principe de choix de la personne de confiance et des directives anticipées est explicité avec un formulaire ad hoc.

Le système de déclaration des événements indésirables et de chutes comprend aussi des mentions particulières pour les signalements de cas de maltraitance quelque soit leur origine (famille, agents ou autres)

Un dispositif de ressources documentaires est en place, incluant la gestion des dossiers, la procédure de traitement des plaintes et réclamations ainsi que diverses procédures concernant les droits du patient, son admission, son information et l'annonce du dommage lié aux soins (porté au CQ). La gestion des interfaces entre la CDU, la direction, les services logistiques et les services administratifs est opérationnelle. Le respect de la confidentialité est organisé avec mise à disposition de matériels tels que paravents, rideaux, les ordinateurs portables ont une occultation rapide.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont sensibilisées à la prise en charge des malades dans la bienveillance, les cadres leur rappellent si besoin les règles de confidentialité et de bonnes pratiques en la matière. Il existe une attention particulière à l'information donnée et à l'accueil des patients et de leur famille. Les événements indésirables, réclamations ou plaintes sont communiquées et analysées avec les équipes pour réajustement. Les personnels du groupe de travail sur les droits et la bientraitance des patients se saisissent des actions ciblées du suivi et de la réalisation du plan d'actions risques du processus droit des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des personnes ressources sont mobilisées pour l'accueil et l'aide aux difficultés morales rencontrées et

au soutien des familles ou des patients (neuropsychologue, psychologue) sur le plan social une assistante gère les difficultés matérielles et sur le plan de la réinsertion de vie une ergothérapeute participe à l'évaluation et l'aménagement éventuel du domicile à la sortie. Le personnel a bénéficié de formations adaptées aux différentes prises en charge selon les secteurs (SSR, EVC, soins Palliatifs,) des actions plus ciblées ont été mises en place avec des formations en relation avec les problématiques rencontrées sont réalisées, portant notamment sur la bientraitance, les soins palliatifs, la gériatrie. La documentation pour les patients et les familles est à disposition, avec des plaquettes et un livret d'accueil récemment refait contenant tous les renseignements et coordonnées utiles au patient et à sa famille. Concernant les professionnels, ils ont à leur disposition sur informatique et papier les procédures et formulaires portant sur le droit des patients : procédure de déclaration des actes de maltraitance, de traitement des plaintes et réclamations, désignation de la personne de confiance etc. L'établissement dispose de peu de chambres particulières et pour le SSR. Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect et la dignité des patients, la vétusté des locaux du SSR obère une certaine intimité en raison de chambres vétustes à 2 lits (visite et toilettes) l'établissement a prévu des paravents mais sur le plan de la dignité et bientraitance il n'existe qu'une douche pour dix lits sur les unités SSR.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient est personnalisé selon des procédures, les proches peuvent bénéficier de lits d'appoint et de repas. Les soins d'hygiène malgré la vétusté des locaux sont réalisés avec bienveillance et l'utilisation de paravent permet le respect de l'intimité comme l'on confirmé les patients traceurs. L'accompagnement à la douche est aussi réalisé pour les patients qui le nécessitent. Les visites ont permis de constater le respect de la confidentialité en particulier sur les dossiers patients et le respect du log out ordinateur. De même le souci de bientraitance se perçoit dans certains détails comme des petites affichettes demandant la manipulation douce des portes la nuit...

Le projet de prise en charge discuté lors du staff médico-soignant (J7, J14, J21) est présenté au patient et soumis à son approbation ou celle de ses proches. La participation du patient est aussi recherchée dans la construction de son projet de soins puis lors de sa sortie. L'organisation globale de la prise en charge permet d'ailleurs le respect du libre choix (identifié dans le CQ). Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et d'annonce d'éventuel dommage a été identifié aussi par les équipes, et porté sur le compte qualité, ceci a fait l'objet d'un travail et d'une procédure avec une sensibilisation des médecins et des professionnels. La rencontre avec le patient traceur a permis de vérifier l'application de cette nouvelle disposition. De même il a été retrouvé auprès des patients traceurs la recherche du consentement éclairé du patient avec sa traçabilité et l'évaluation bénéfique risque dans le DPI. Toute information donnée au patient / à l'entourage, qu'elle soit orale ou accompagnée d'une fiche information-patient papier, est en principe tracée dans le dossier patient informatisé. La mise en place d'une contention, relève d'une identification collective et d'une prescription médicale renouvelée : le médecin réévalue et trace au quotidien la contention (EPP). Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient à sa sortie, son ordonnance lui est remise ainsi que des explications sur son traitement et sa prise en charge ultérieure. En dehors des états neurovégétatifs chroniques, il n'est pas réalisé d'hospitalisation sans consentement, concernant cette population de patient le dispositif est structuré pour la recherche de l'adhésion des ayant droits ou des proches.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits du patient est réalisée régulièrement, l'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis pour en évaluer le délai de réponse et la typologie. Une analyse des plaintes est réalisée avec un courrier de réponse dans des délais les plus brefs. L'établissement évalue aussi régulièrement la satisfaction des patients ou de son entourage via l'exploitation du questionnaire de sortie (taux de recueil 20-30%). Les indicateurs nationaux (IQSS) sont réalisés par l'établissement, le délai de remise de dossier au patient n'est pas contributif ici car un seul dossier été réclamé et il y a eu peu de consultations de dossier. D'autre part les audits de dossier permettent aussi d'évaluer des données relatives aux droits du patient : pourcentage retrouvé de personnes de confiance, consentement... Une évaluation de la prise en charge des patients et de leur sortie a été l'objet d'une EPP permettant la réalisation de plusieurs actions d'amélioration, de même une EPP contention a été réalisée, et un réflexion a été aussi conduite sur les techniques de contention.

A / AGIR

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

Le recueil des plaintes, des suggestions des questionnaires, des résultats d'audit ou d'EPP contribuent à identifier des actions qui sont mises en place dans le plan ou font l'objet de correction immédiate. Les résultats concernant l'analyse des plaintes, réclamations et questionnaires sont communiqués aux

instances et à la CDU. La prise en compte des recommandations de la CDU permet de mettre aussi en place des d'actions qui s'appuient sur le bilan annuel de la commission et viennent s'articuler sur le compte qualité. Une réévaluation annuelle permet de réajuster le plan d'actions selon les résultats.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

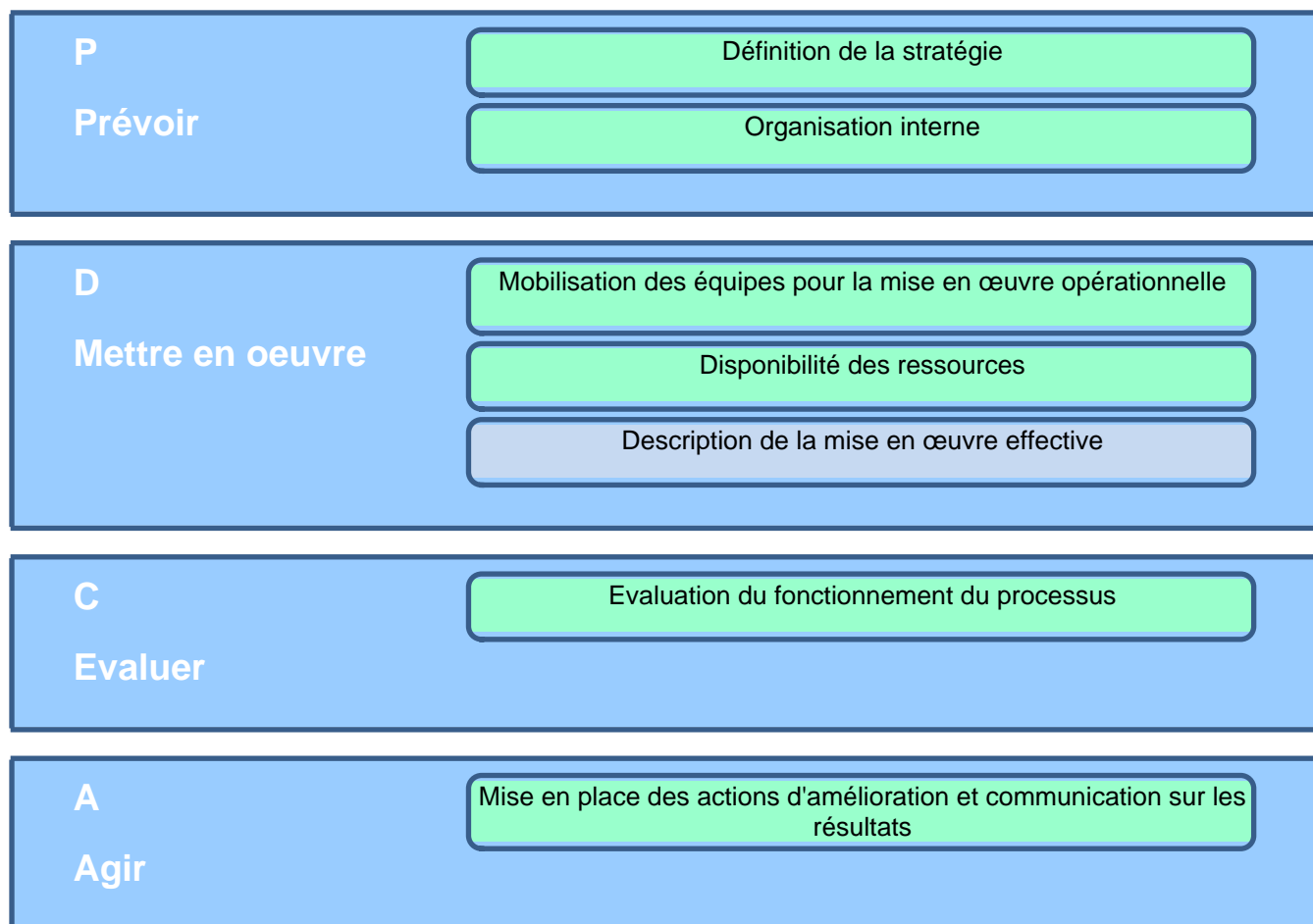
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 projet médical 2013-2017 est arrivé à échéance pendant la création du GHT SAVOIE BELLEY et le projet commun de territoire se met en place. L'établissement Michel DUBETTIER de St PIERRE D'ALBINY a contractualisé une direction commune avec le CH d'ALBERTVILLE/MOUTIERS qui est le centre hospitalier de référence de la filière gérontologique de la Tarentaise. Le nouveau projet 2018-2022 n'est pas encore validé, l'établissement en tenant compte du contexte du projet de territoire, du SROS, des besoins de la population, a formalisé le processus du parcours patient autour de ses missions de proximité. Le CH DUBETTIER de St PIERRE D'ALBINY s'intègre ainsi dans la filière gériatrique de la vallée, avec une activité de rééducation polyvalente de SSR (26 lits), la prise en charge de personnes âgées polypathologiques dépendantes et projette de développer la prise en charge des fins de vie en réduisant le nombre de lits NVC (10lits), devant la baisse des besoins en soins neuro végétatif chroniques. Il participe ainsi aux filières identifiées du GHT (gérontologie et soins post chirurgicaux par le SSR, la cancérologie avec l'oncogériatrie et les soins palliatif (6lits). L'établissement développe une stratégie sur le retour à domicile dans les meilleures conditions, en lien avec les acteurs du domicile et de la ville ; et pour favoriser les sorties d'hospitalisation en respectant les contraintes d'accompagnement du retour à domicile ou en structure de long séjour. L'offre de soins l'établissement présente trois types de parcours sur lesquels travaillent les professionnels concernés : parcours de la filière gériatrique, parcours de prise en charge en état neuro végétatif, et prise en charge des fins de vie/soins palliatifs. Concernant la thématique du processus parcours patient propre au CH M.DUBETTIER, des groupes de professionnels se sont mis en place pour identifier les risques, les axes de travail concernant la personne soignée : garantir la sécurité des soins et la bienveillance, la prévention des chutes, la lutte contre l'isolement, et la réflexion sur les contentions et le bénéfice/risque. Cinq risques ont été initialement identifiés, hiérarchisés et portés sur le compte qualité avec un suivi des actions par les groupes de travail constitués de ces professionnels. Au regard des risques identifiés, les objectifs d'amélioration sont déclinés dans un plan d'actions priorisé qui se retrouve dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Placé sous la responsabilité de la directrice d'établissement, du président de CME et de la cadre supérieure, la thématique du parcours patient a été l'objet d'un travail par un groupe interprofessionnel, regroupant ainsi les pilotes institutionnels et opérationnels. L'identification des ressources nécessaires à la réalisation en adéquation du projet des différentes prises en charge nécessitant des compétences conduit l'établissement à prévoir des recrutements par exemple de temps médical supplémentaire pour les soins palliatifs ; il existe entre autres des vacances de réanimateur pour les patients NVC. Un plan de formation institutionnel est établi pour permettre d'assurer des prises en charge spécifiques : éthique, bienveillance (toucher, nutrition) et valoriser certaines activités comme la réalisation de programmes d'éducation thérapeutique (Plan de formation de personnel sur 3 ans pour demande ARS), mais aussi la promotion professionnelle personnelle (DU, Formation IDE ...). L'établissement s'est aussi adjoint les compétences d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute, de neuropsychologue et d'une psychologue (patients, personnel, aidants).

Le CH DUBETTIER n'a pas la vocation à recevoir des urgences, il dispose de moyens de soins d'urgence (chariot), le personnel est formé avec maintien des compétences AFGSU, il est en relation avec le SMUR et le SAMU si besoin était, et le médecin est informé immédiatement. La permanence et la continuité des soins médicale, paramédicale ou pharmaceutique sont organisées, il existe une astreinte H24 des médecins de l'établissement. Il existe une documentation accessible sur informatique et dans des classeurs.

Des dispositions d'accueil avec des procédures d'admission ont été réalisées et évaluées, le CH est inclus dans le dispositif « trajectoire », les échanges nécessaires à la prise en charge via trajectoire sont tracés dans le DPI (Bilan Kiné, Assistante sociale, ergothérapeute) permettent de fixer les objectifs de prise en charge.

Le processus d'admission du patient répond en effet à une procédure d'évaluation initiale de son état avec une fiche réalisée par l'équipe médico-soignante évaluant l'état et les besoins du patient, dans des délais compatibles avec les exigences liées à sa prise en charge. Les admissions directes depuis le domicile sont d'ailleurs possibles si l'évaluation de l'état de santé du patient le permet, avec la collaboration des médecins libéraux.

Le dispositif de prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques est prévu et organisé.

L'accueil des personnes handicapées du fait des équipements pour NVC est possible. Pour le service de SSR, service ancien moins adapté aux handicaps, un projet de restructuration est en cours de validation. Le SSR admet des patients en post-opératoire complexe, parfois atteints de maladies chroniques : diabétiques, cardiaques, ou Insuffisants respiratoires sous VNI par exemple. Pour les situations complexes une coopération avec les SSIAD, le CCAS et les réseaux est en place. De même des prises en

charge plus spécifiques sont organisées, telles que faire appel à l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du réseau pour les patients en fin de vie, l'établissement n'a pas d'unité de santé mentale mais il a aussi la possibilité de faire appel à un psychiatre d'un établissement de santé mentale voisin.

Concernant les matériels il existe un plan de maintenance et d'achat révisé annuellement pour répondre aux besoins de la structure. Les matériels informatiques et outils d'applicatifs sont déployés, il existe un système de sauvegarde et de procédure de fonctionnement dégradé. Actuellement une réflexion est conduite au plan du GHT pour réaliser un SIH convergent permettant le partage des données médicales et assurer la prise en charge cohérente des patients dans le cadre des différentes filières de soins.

Les interfaces entre le service avec les cabinets des médecins libéraux et les médecins titulaire ou attachés de l'établissement sont organisée (Système VPN) informatisation de prescription et de consultation de dossier. Les coopérations et partenariats avec les établissements du GHT sont effectifs en particulier avec Albertville/Moutier. A titre d'exemple participation au CLAN du CH A.M et convention FEMERIS (CLIN Chambéry). Les transports sanitaires sont sous traités de même que les fonctions médicotechniques comme l'imagerie et le laboratoire sont l'objet de conventions ou de contrats.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés aux risques, maîtrisent la déclaration des EI, et participent par des actions transversales à la gestion des risques de leur secteur. Des formations ont été menées sur la pratique de CREX selon la méthode Orion, et la réalisation de patients traceurs a contribué à fédérer les agents sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients. La sensibilisation et l'implication des professionnels est articulée aussi autour des réunions de service organisées, et l'ensemble des professionnels (IDE, AS, Pharmacienne, Kiné ergothérapeutes) participent aussi aux staffs réguliers avec l'encadrement et le médecin. Les différents référents de thématique animent des groupes de travail sur la réalisation et le suivi du plan d'actions porté sur le CQ (18 réunions recensées). Des actions après validation des pilotes, sont conduites par les référents et les résultats sont communiqués aux professionnels. Ces derniers participent aussi aux actions visant à l'amélioration du parcours du patient par l'implication dans l'élaboration de protocoles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité et à la charge de travail et une évaluation RH est réalisée avec l'encadrement sur le plan médical : 0,6 ETP PH pharmacien hospitalier 1,5 ETP gériatre & 1Vacation médecin réanimateur pour le EVC, + 0,2 à 0,3 ETP gériatre à prévoir selon l'évolution d'activité soins palliatifs.

Des formations spécifiques aux orientations de l'établissement sont portées au plan de formation: Soins palliatifs Réalisation de pansement en gériatrie, PEC de malades polyopathologique, formation sur trois ans à l'éducation thérapeutique de plusieurs IDE pour labellisation, douleur, bientraitance-toucher, ALMA, troubles cognitifs, et 4 DU, AFGSU... Concernant la formation de nouveaux arrivants deux infirmières et eux aides-soignants de l'établissement ont été formés au tutorat des stagiaires, pour mieux accompagner les stagiaires et nouveaux accueillis dans l'établissement. L'ensemble des protocoles de soins et des procédures est sur l'informatique de l'établissement et sous format papier dans les unités, à charge de l'encadrement de tenir à jour les actualisations. Les matériels sont adaptés aux besoins de prise en charge des patients (lève malade, fauteuil etc).

Les locaux accueillant les personnes en fin de vie et les NVC sont adaptés, un accueil pour les accompagnants est prévu (lits, repas...), par contre en raison de la vétusté des locaux du SSR si le risque suicidaire est identifié, les malades potentiellement à risques seront mis en RdC mais ce risque n'a pas fait l'objet de dispositifs matériels ou d'installation adaptée de sécurité. Cependant, il persiste une exposition au risque car en raison de la vétusté, les fenêtres et balcons du SSR d'étage n'ont pas de protection suffisante (fermetures,grilles) pour prévenir un geste suicidaire, en effet un patient ou un visiteur pourrait sans peine en enjamber la rampe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Toutes les entrées et disponibilités sont tracées dans Trajectoire. L'admission du patient est réalisée de préférence pour son confort dans l'après-midi, la prise en charge est adaptée en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, et ce dans un délai compatible avec les exigences de cette prise en charge. Un livret d'accueil contenant les diverses explications concernant le séjour, la prise en charge, les droits (charte etc) la personne de confiance et les directives anticipées est remise au patient. Dans l'établissement la prise en compte du risque suicidaire est identifiée, avec avis de psychologue si besoin, et tracée.

Sur le plan nutritionnel il est réalisé un suivi du poids tous les week-ends (tous les mois pour EVC), l'ergothérapeute évalue l'autonomie du patient pour sa prise en charge alimentaire au retour à domicile. La douleur est évaluée et tracée les premiers jours à chaque vacation puis espacée selon le statut du patient. Des temps de transmissions journaliers planifiés entre les équipes avec des informations écrites dans le dossier infirmier ou dans des cahiers de transmissions inter équipes, ainsi que les staffs permettent une coordination de la prise en charge ; de même l'ergothérapeute et la kinésithérapeute tracent leur activités

sur le patient.

Un premier staff pluriprofessionnel dit de J7 (dans les sept premiers jours) permet de dresser un projet de soins personnalisés, concerté avec une évaluation bénéfice/risque tracé dans le DPI avec une estimation de la durée de séjour. Un premier bilan au staff de J14 permet de réévaluer et d'articuler les activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge médico-soignante en collaboration avec l'équipe, la kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

Un troisième staff de J21 va faire le bilan de la rééducation et des progrès obtenus, et surtout de faire un projet de sortie final formalisé autour des besoins nécessaires pour un retour autant que possible à domicile (en lien avec les partenaires sociaux et la famille).

Des réunions d'équipe ou par métier sont animées de manière régulière par l'encadrement qui communique par voie d'affichage les compte-rendus. La sortie des patients est organisée au mieux pour assurer la continuité des soins. Tous les projets sont tracés dans le DPI avec des cibles Entrée/sortie, une fiche avec une check-list a été mise en place. Concernant les soins palliatifs et les NVC un formulaire spécifique a été réalisé. Dans le cas d'une hospitalisation plus longue un bilan est maintenu tous les 7 jours pour une adaptation du projet thérapeutique. Il existe par ailleurs une fiche de liaison spécifique pour les EHPAD. Une lettre de sortie est adressée au médecin traitant, une ordonnance est jointe (visée par la pharmacienne), qui contient aussi les prescriptions pour fauteuil, déambulateur etc. Les médecins collaborateurs du CH ont accès au DPI du patient via VPN.

Les informations sont délivrées par le médecin réexpliquées si besoin par le personnel (IDE, AS) la personne de confiance est sollicitée si besoin. Le chariot d'urgence avec défibrillateur est présents dans le secteur SSR/NCV et bénéficie d'un contrôle organisé, régulier et effectif par les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une promotion de l'amélioration continue des pratiques professionnelles, au travers des indicateurs adaptés à la gestion des risques prioritaires. L'analyse des EI est faite de façon trimestrielle par la cellule qualité, et les CREX viennent d'être mis en place, il aussi tenu compte des remarques du CHSCT. Une EPP sur la qualité de la prise en charge en SSR EVC (analyse de pratique, staff ...), et une EPP sur la contention ont été aussi réalisées. Des audits cliniques ciblés sont réalisés (Médicaments, ordonnances, sortie du patient), enfin il est fait une analyse des questionnaires de sortie (20%). Le suivi des indicateurs IPAQSS est effectif enfin la mise en place de patients traceurs, et réalisation de la chambre des erreurs contribuent à la démarche. Le bilan du programme d'action du CQ est réalisé au moins une fois /an et suivi par le pilotage qualité.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les groupes de travail et les responsables qualité a conduit à des actions d'amélioration et de réajustement de pratiques. Ainsi le protocole projet thérapeutique a été réajusté, le questionnaire de sortie a fait l'objet d'une révision, des check-lists évaluation d'entrée et de sortie ont été réalisées avec les professionnels, au vu des indicateurs du courrier de sortie (79%), une EPP sortie va être mise en place. La communication des actions et des résultats est réalisée auprès des professionnels surtout par voie directe ou affichage dans l'attente d'un média informatisé et auprès des usagers lors des réunions de CDU.

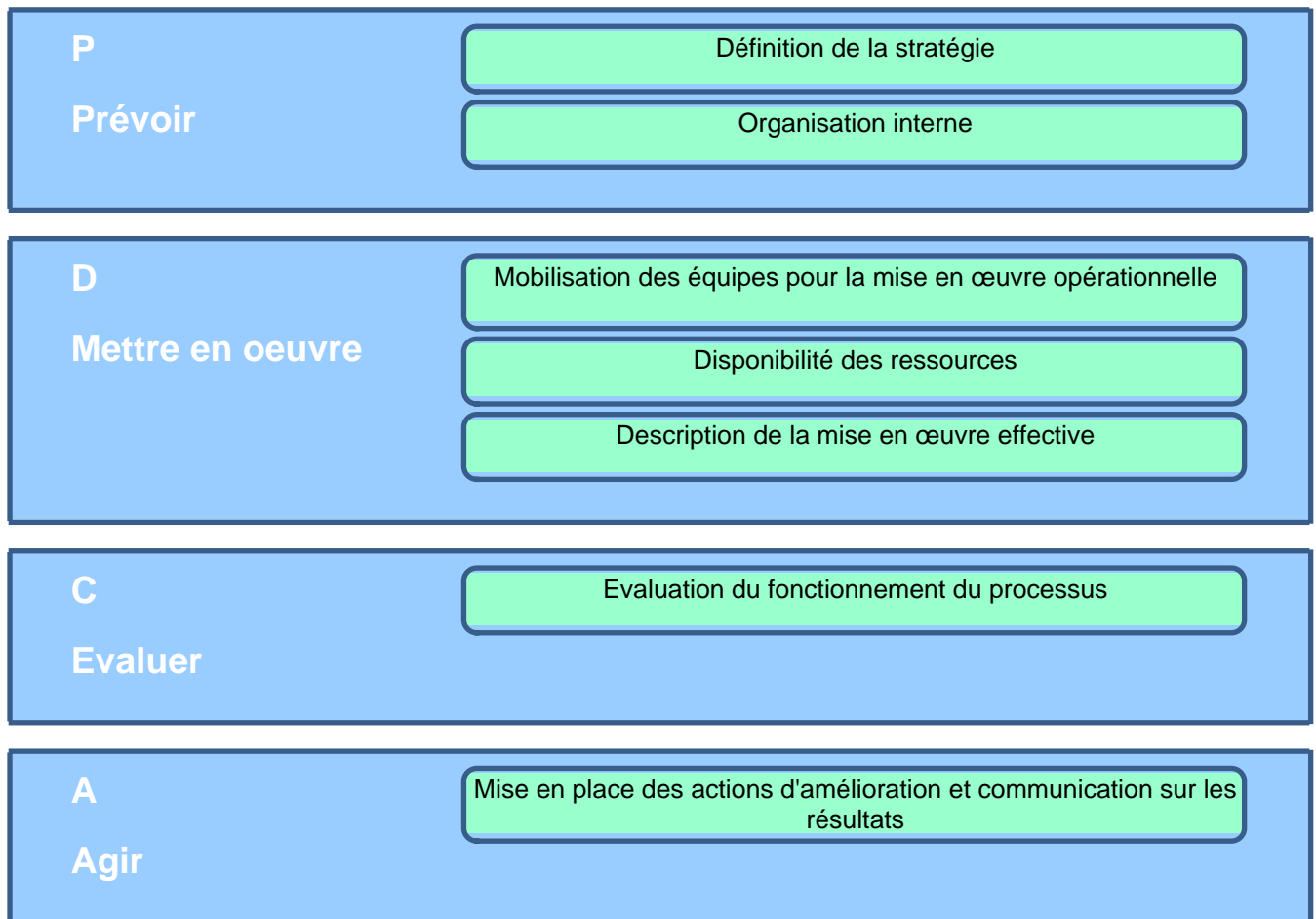
DOSSIER PATIENT

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

Les orientations stratégiques et les objectifs en lien avec la gestion du Dossier patient ont été définis dans le projet d'établissement 2013-2017 du CH Michel DUBETTIER dans lequel le projet SIH et la gestion du Dossier Patient ont fait l'objet d'un chapitre et de plan d'actions. Ce projet d'Établissement arrivant à échéance, le nouveau projet 2018-2022 est en cours d'élaboration et une réflexion est menée dans le cadre du GHT concernant la convergence des différents logiciels afin de tendre vers un logiciel commun pour faciliter le partage des données lors du parcours des patients dans les différents Etablissements du GHT. Le centre hospitalier a identifié ses risques liés à la thématique dossier patient (DP) et ils concernent la gestion et l'accès du patient à son dossier. Il s'agit d'une analyse des risques à posteriori à partir de données exploitées issues de la précédente itération V2010, du suivi d'indicateurs IPAQSS, des fiches d'évènements indésirables, des plaintes de patients... Les risques ont été hiérarchisés avec un groupe de professionnels selon la méthode proposée par la HAS selon une criticité et un niveau de maîtrise. Le programme d'actions a été défini en réponse au plan d'actions issu de la politique institutionnelle de gestion du dossier patient et aux risques listés ; les modalités de mise en œuvre sont définies. Les actions sont priorisées. Le programme est présenté annuellement aux instances : CE, CIRMST, CME et CDU. Le plan d'action en lien avec le dossier patient (DP) est articulé avec le PAQSS institutionnel et les actions prioritaires ont été intégrées au compte qualité. Neuf risques ont ainsi été priorisés et intégrés au compte qualité avec les plans d'actions d'amélioration correspondant.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique DP est assuré par la Technicienne d'Information Médicale, la Cadre Supérieure de Santé et l'agent du bureau des entrées. Les pilotes de la thématique, les responsables qualité Direction et CGRAS (coordonnateur des risques associés aux soins) se réunissent de façon régulière. Ce groupe de pilotage assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés au sein de l'établissement. Les pilotes sont aussi des référents du Dossier Patient Informatisé et ont été formés au paramétrage des droits d'accès et à l'utilisation du dossier patient informatisé. Les besoins en formation sont identifiés et un professionnel paramédical ayant été formé lors de l'installation du logiciel est devenu formateur en interne. La formation des nouveaux arrivants est prévue au moment de leur tutorat et de leur doublure de 2 jours avec un soignant concerné. Elle concerne entre autres la tenue et la gestion du dossier patient (papier et informatisé) et l'accès du patient à son dossier. Il existe aussi un guide du dossier patient reprenant toutes ces informations à disposition dans chaque secteur SSR situé dans un classeur et sur la GED informatisée. Les référents du DP sont aussi personnes ressources en cas de besoin identifié et le temps de formation est prévu à destination des nouveaux arrivants autant que nécessaire. Les locaux d'archivage des dossiers sont sécurisés et conformes à la réglementation. Le matériel et les équipements nécessaires sont identifiés et il existe un plan de maintenance suivi par l'informaticien prestataire extérieur. Il existe une procédure concernant le plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne du logiciel DPI. Les documents d'information du patient sur son droit d'accès sont prévus dans le livret d'accueil et l'organisation de cet accès est formalisé. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient en fonction de leur profil sont définies. Les droits sont attribués automatiquement car ils sont paramétrés dans le logiciel dossier patient informatisé selon le profil métier du professionnel, il existe une procédure de gestion des droits d'accès. Les besoins en procédures sont identifiés, celles-ci ont été adaptées au regard de la petite taille de l'Établissement. Les règles institutionnelles de gestion et de tenue du dossier patient sont formalisées et diffusées dans une procédure globale. L'organisation prévue concernant la gestion et la tenue du dossier de sa création jusqu'à son archivage permet une fluidité concernant la communication des données en temps utile avec l'ensemble des professionnels concernés dans la prise en charge, il est également prévu des connexions à distance (VPN) pour les médecins libéraux intervenant dans l'Établissement. Un dossier de liaison est communiqué pour le partage des informations en temps utile avec les correspondants extérieurs. L'Établissement a organisé l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation, les modalités standards et spécifiques y sont précisées (ayants droit en cas de décès, patients majeurs protégés). Les personnes référentes sont identifiées dans l'Établissement pour assurer l'accès au dossier du patient dans le respect des délais définis. Les interfaces sont facilitées du fait de la petite taille de l'Établissement ce qui permet la mobilisation et la coordination des compétences utiles autour du processus dossier via le groupe de pilotage (La Directrice responsable qualité, la TIM, le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui est la Cadre supérieure de Santé, et le professionnel en charge des admissions).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le DPI a été déployé sur l'ensemble des secteurs en 2002. Il permet la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans son dossier. La cadre de santé du service est cadre supérieure de santé et pilote de la thématique dossier patient. Elle s'assure de la conformité des pratiques en lien avec les dispositions prévues au sein de l'établissement. Elle communique auprès de ses équipes la politique institutionnelle et impulse une démarche d'amélioration continue. Des actions correctives sont identifiées dans certains secteurs en cas de dysfonctionnement ou de non atteinte des objectifs fixés. Les équipes rencontrées sont impliquées dans la démarche d'amélioration, mettent en place des actions d'amélioration pour améliorer la gestion et la tenue du dossier patient ainsi que l'accès du patient à son dossier. Les professionnels participent à la réalisation de documents, à la déclaration des événements indésirables et à leur analyse. Les indicateurs IPAQSS leur sont communiqués ainsi que la satisfaction des usagers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources et des compétences est effective et les équipements sont adaptés à une gestion opérationnelle du dossier patient. Les professionnels en poste ont été formés durant leur tutorat et les professionnels référents sont bien identifiés sur le terrain par les agents en cas de besoin de formation supplémentaire. Les procédures et documents utiles sont disponibles dans les salles de soins des différents secteurs de SSR dans des classeurs et en fiches informatisées via les ordinateurs de ces salles. Les règles de tenue et d'accès sont aussi connues des professionnels et accessibles en cas de besoin. Les habilitations (mot de passe et login nominatif) sont gérées par les personnes identifiées dans la procédure. Les outils en lien avec le dossier patient qu'ils soient papier ou informatique permettent effectivement de créer, tracer, archiver et accéder aux différents éléments du dossier en temps utile. Sur ce sujet les patients ont accès à des documents d'information : livret d'accueil, affiches ... Les délais de réponses concernant l'accès au dossier sont suivis par les pilotes et les Responsables qualité et sont communiqués à la CDU. La sécurisation de l'archivage du dossier patient en unité de soins et dans les locaux d'archivage est effective.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour la gestion du dossier patient. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient dans le dossier est retrouvée. La continuité des prises en charge est assurée lors des transferts de patients. Lors des visites terrain, il a été constaté que les professionnels de santé étaient formés à l'utilisation et aux règles de tenue et d'accès du Dossier patient. Ils connaissent les différentes procédures en vigueur. L'accès aux ordinateurs et au DPI est opérationnel.

Les différents patients traceurs et visites terrain retrouvent un dossier patient dûment complété dès l'admission avec notamment les informations administratives et modalités d'entrée, les coordonnées du médecin adresseur, le motif d'hospitalisation, antécédents, prescriptions médicales informatisées, modalités de sortie avec compte-rendu et ordonnances... Le dossier patient papier est classé selon la procédure et chaque document est identifié avec l'identité du patient et daté. Les informations contenues dans le dossier de liaison sont communiquées aux professionnels d'aval de façon à respecter la confidentialité. Les délais d'accès du patient à son dossier sont conformes.

Cependant, la sécurité des données en lien avec le dossier patient informatisé n'est pas totalement opérationnelle. En effet, l'identification des médecins remplaçants libéraux n'appartenant pas au Centre Hospitalier n'est pas respectée, l'administration du CH n'étant pas systématiquement informée du remplacement par le médecin remplacé. Cela a d'ailleurs été constaté lors de la visite terrain en SSR : un médecin remplaçant, inconnu de l'ensemble de l'équipe, est venu voir un patient d'un médecin habilité à intervenir dans l'Établissement, mais ce dernier n'avait pas prévenu en amont de son remplacement. Le médecin remplaçant, de fait méconnu de l'ensemble des professionnels de l'Établissement, a d'abord tenté de se connecter avec les codes du médecin habilité. L'IDE constatant le dysfonctionnement a appelé le référent habilité pour les codes d'accès mais le médecin ne connaissant pas les procédures d'accès et n'ayant pas été formé, n'a pas pu tracer correctement sa venue dans le DPI. Par ailleurs, concernant les patients suivis par des médecins extérieurs exerçant une activité libérale, les soignants confirment en visite terrain la difficulté de leur faire tracer certaines informations dans le DPI. De plus, la procédure de « gestion des identifiants et des mots de passe » prévoit des identifiants à utiliser en cas d'urgence pour un seul médecin n'a pas été respectée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus dossier patient assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés tels que ces délais de transmission des dossiers aux patients. Enfin l'évaluation de la gestion du DP est réalisée notamment sur la base d'indicateurs nationaux, les IPAQSS. L'Établissement suit également le nombre de demandes d'accès au dossier patient, le délai d'accès au dossier par le patient. Le suivi des indicateurs permet à l'Établissement de mesurer l'efficacité de ses actions mises en œuvre. Les résultats d'IPAQSS inférieurs aux attendus font l'objet d'une surveillance particulière par les pilotes du processus.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue est en place avec un suivi des actions d'amélioration et de réduction des risques, en lien avec la CDU. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés avec les pilotes du processus et les responsables qualité. Des actions correctives sont déclenchées suite notamment aux résultats des indicateurs, aux audits, aux déclarations des événements indésirables, plaintes et réclamations... Les actions d'amélioration sont ensuite intégrées dans le PAQSS. La CDU est informée des résultats des évaluations nationales et institutionnelles, du nombre de demande d'accès au dossier et des délais de transmission. Les résultats d'IPAQSS sont affichés à destination du public et les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels.

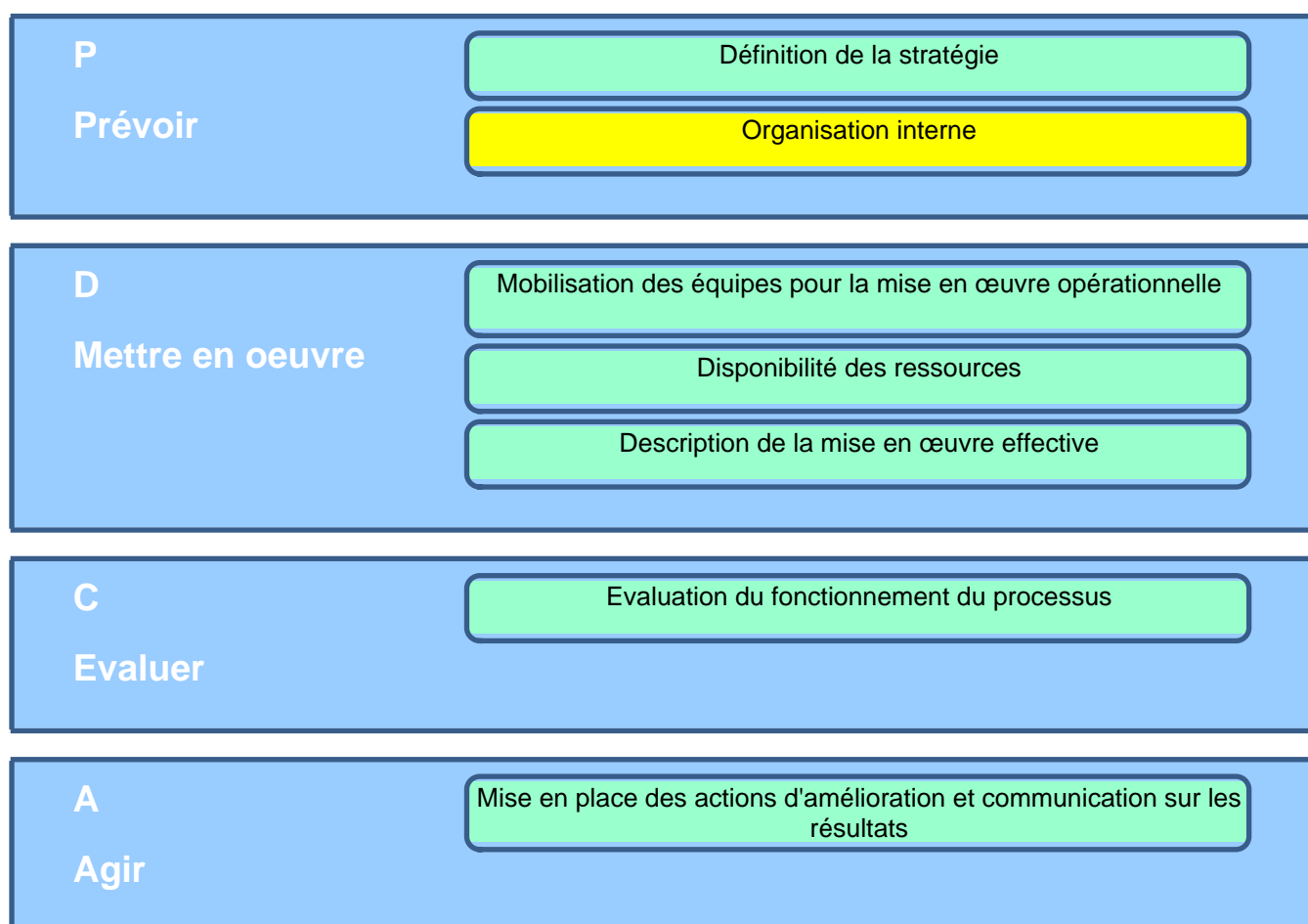
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 projet d'établissement 2013-2107 de L'hôpital Michel DUBETTIER de St Pierre d'ALBINY vient de se terminer et le Centre Hospitalier est en cours de validation du nouveau projet médical 2018-2022, celui-ci comporte comme le précédent un axe concernant la politique du médicament et en particulier la sécurité du circuit du médicament concernant le sujet âgé. Cette politique se décline sous la forme de fiches projets comportant des axes sur les filières gériatrique, SSR et soins palliatifs en harmonie avec la réalisation du projet GHT Savoie Belley. Un groupe de travail sur la sécurisation du circuit du médicament ainsi été instauré dès 2013 les axes stratégiques ont été la sécurisation du circuit du médicament, le bon usage des antibiotiques et les dispositions spécifiques au sujet âgé avec des prescriptions adaptées. L'établissement a identifié les risques liés à la prise en charge médicamenteuse et les actions à porter sur le processus, il a utilisé l'analyse de EI, les résultats des différents audits/EPP et le retour des décisions de la visite précédente V10. Les différentes étapes du processus ont ainsi été l'objet d'identification de risques dont 7 ont été priorisés et ont alimentés le compte qualité. Les risques identifiés portent sur le stockage, la prescription, l'administration et la préparation de piluliers. Le Compte qualité est articulé avec un plan d'action propre à la pharmacie avec un suivi d'actions et un échéancier et des responsables identifiés. Les réunions régulières du groupe de travail permettent le suivi de ces actions et aussi la présentation des résultats par les responsables au groupe avec une communication pour validation à la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le processus de la prise en charge médicamenteuse est piloté par la pharmacienne chef de la PUI, cette dernière dans ses missions est aussi responsable de la Sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSQPECM), son exercice à 60% ETP est réalisé les après-midis ce qui lui permet une présence quotidienne. Elle est assistée par une préparatrice à 40% ETP. Ce pilotage ainsi défini est assisté au plan opérationnel par l'encadrement et le groupe de travail « sécurité médicamenteuse » qui comprend 11 IDE, les 2 cadres et la préparatrice. Au niveau de la PUI les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins de la PUI. L'encadrement avec la responsable de PUI prévoient la gestion des compétences et des ressources les remplacements adaptées au projet de service (Formation du préparateur, formation sur le circuit des médicaments etc). Il existe une documentation disponible sur informatique décrivant l'organisation de la pharmacie à usage intérieur avec les règles de fonctionnement, heures d'ouvertures, stockage, réception etc, et des protocoles concernant le processus de prise en charge se regroupant en manuel qualité. Le COMEDIMS est intégré dans la CME et les différents sujets relatifs au médicament, résultats d'évaluation, livret etc sont abordés au décours des réunions de CME.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est achevée elle comprend les prescriptions et la traçabilité de l'administration. De fait le support a été validé par la CME de même que les règles de prescriptions répondent à des procédures.

Toutefois, les règles et supports validés de prescription ne sont pas totalement en place pour tous les prescripteurs. Les médecins remplaçants ne sont pas identifiés sur le logiciel de prescription en effet ils apparaissent sous le nom du médecin remplacé ce qui peut être un source de difficultés à rechercher le véritable prescripteur et de problème médical en cas d'erreur.

Une procédure dégradée est en place en cas de panne informatique avec une sauvegarde. Ce logiciel est accessible par VPN aux aux praticiens depuis le service ou le cabinet. Bien que les droits d'accès soient organisés... Concernant la gestion des stocks les commandes sont informatisées depuis les services et la pharmacie les reporte sur un logiciel ad hoc. Les interfaces entre les services et la pharmacie sont organisées, ainsi qu'avec les fournisseurs. La pharmacienne a une visualisation sur la biologie et le dossier patient, elle réalise une analyse pharmaceutique dès l'admission pour l'ensemble des prescriptions (100%), elle intervient en temps réel et suspend la prescription en cas de problème de posologie ou d'interférences détectées. La conciliation médicamenteuse avec le traitement personnel du patient à l'entrée comme à la sortie est organisée assurant ainsi la continuité du traitement. Il existe une procédure de récupération et stockage du traitement personnel du patient. La dispensation des médicaments est organisée en dotation bihebdomadaire selon le traitement du patient, il est reparti par l'infirmière de nuit dans les piluliers de chaque patient. En cas de modification thérapeutique la pharmacienne intervient aussitôt pour modifier la dotation prévue stockée dans l'armoire sécurisée du service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La pharmacienne participe au staff de l'équipe médico-soignante, ce qui permet de réajuster l'approche thérapeutique médicamenteuse mais aussi de sensibiliser les professionnels à la sécurisation du circuit du médicament. Des formations ont été réalisées concernant le sujet âgé, le risque d'erreur et des communications sur le bon usage (antibiotiques, médicament à risques etc) en CME. Le système déclaratif des événements indésirables concernant le médicament est en place, connu et utilisé par les professionnels. La mise en place récente de patient traceur puis de CREX avec l'encadrement, la réalisation d'EPP et la participation du groupe Sécurité médicamenteuse contribue à cette acculturation sur le terrain. Plusieurs audits ont été réalisés avec la participation de référent et des professionnels (pilulier, armoires, sujet âgé ...), un retour des résultats est fait en staff et par affichage au sein de l'unité. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une prise en charge et d'un accompagnement d'intégration avec une sensibilisation sur la sécurité médicamenteuse. Le groupe « sécurité médicament » s'assure avec la pharmacienne du suivi du programme d'action et communique aux professionnels leurs résultats. Les professionnels ont participé à l'identification des risques et dans le choix des plans d'actions prioritaires (mobilisation pour le CQ). Réalisation de 2 patients traceurs et de la chambre des erreurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences apparaissent suffisants pour l'activité sur les différents secteurs avec un organigramme, des responsables des différents secteurs sont connus ainsi que des référents. Il existe une documentation accessible sous formes de procédures ou de fiche via l'informatique et dans des classeurs papier. Le personnel bénéficie de formations ponctuelles et de formations portées sur le plan institutionnel, en particulier des formations (dont le médicament) sont développées sur trois ans concernant l'éducation thérapeutique. A la PUI les locaux permettent des conditions de stockage satisfaisantes avec une organisation rationnelle des rangements de médicaments, des dispositifs et des liquides. Les médicaments nécessitant le maintien d'une chaîne du froid sont stockés dans des frigos ad hoc dotés d'alarme. Les locaux d'infirmières sont dotés d'armoires à pharmacies sécurisée, il existe un chariot d'urgence fermé et des coffres à toxiques. Concernant la prescription/ administration les unités disposent de matériel informatique ad hoc (portable, fixes.) autant que de besoin. Il existe un plan d'achat, de renouvellement et de maintenance. La dotation en médicaments urgents ainsi que la permanence pharmaceutique sont organisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Sur le terrain, l'utilisation de la prescription informatisée est effective à 100%. Les règles de prescription sont dans leur ensemble respectées en particulier depuis la mise en place du VPN permettant la prescription informatisée depuis le cabinet. La procédure de dotation urgente est opérationnelle et une astreinte est partagée avec le CH d'Albertville. Il n'est pas réalisé de préparation pharmaceutique au sein du centre hospitalier. L'analyse pharmaceutique est effective avec participation de la pharmacienne au staff de service de chaque secteur avec chaque praticien ce qui permet conciliation médicamenteuse. Sur une partie du secteur il est aussi réalisé une revue d'ordonnance permettant une approche bénéfice risque avec les médecins du service. Les traitements personnels des patients sont identifiés et séquestrés dans un compartiment dédié. Les conditions de transports et de stockage dans les unités respectent les bonnes pratiques sécuritaires (containers scellés, chaîne du froid ...). Les médicaments à risques sont identifiés, et leur liste est actualisée, la gestion des péremptions des médicaments dans l'armoire de service est organisée, tracée et contrôlée. Les piluliers répondent aux exigences d'hygiène et d'identification. Les médicaments etposables du chariot d'urgence sont vérifiés avec une traçabilité. L'administration est réalisée avec respect des règles d'identitovigilance et de traçabilité en temps réel sur l'outil informatique. L'information des patients par les professionnels sur le traitement et le bon usage est effective comme le confirment les observations lors des deux patients traceurs réalisés.

Cependant, les modalités d'organisation assurant la sécurisation de la dispensation du médicament définies ne sont pas systématiquement mises en œuvre. Elles laissent apparaître une fragilité quant à la dispensation de certains médicaments. En effet si une modification rapide de posologie survient dans un dosage d'AVK selon l'INR, ce sera à l'IDE, après validation auprès du médecin, de modifier ce dosage pour les médicaments sécables tel que les AVK (1/2 à 1/4 de cp par ex). Cette manipulation réalisée par l'infirmière en l'absence de contrôle pharmaceutique peut exposer à une erreur de dosage en sus ou en moins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe aux indicateurs nationaux IPAQSS et a aussi contractualisé dans la démarche CAQUES /ARS. Le groupe « sécurité du médicament » est ressource opérationnelle dans ces démarches, plusieurs audits et EPP ont été réalisés : audit armoires à pharmacie, EPP piluliers, EPP prescriptions chez le sujet de plus de 80 ans, EPP Prise en charge des mycoses cutanées, EPP sur les NACO (nouveaux anticoagulants). Il est réalisé un recueil vers les professionnels avec un retour et une analyse pluriprofessionnelle des fiches d'EI sur le médicament. Tableau de bord du suivi des consommations, des

ruptures de stock, des EI.

A / AGIR

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

Avec les professionnels, les audits et les analyses des EI conduisent au travers des réunions régulières à des actions correctives modification des pratiques, de la liste de médicament à risques après l'audit sur les piluliers, du rangement des armoires à pharmacie etc. Un plan d'action propre au processus est réalisé à la suite des identifications des risques a titre d'exemple devant les ruptures de stock identifiées à risque la pharmacie mis en place des actions de régulation des dépannages inter établissement, de gestion des stocks et de modification du livret, modification de la liste des médicament à risques, modification des rangements d'armoires etc. Le plan d'action fait l'objet d'un suivi par la pharmacienne, il est présenté au groupe de travail et en CME. La communication est faite auprès des professionnels par affichage et des instances (CME/COMEDIMS) : information, validation ; et auprès de usagers (CDU).