



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HOPITAL INTERCOMMUNAL
DE LA PRESQU'ILE**

Avenue pierre de la bouexiere

Bp 5419

44350 Guerande

SEPTEMBRE 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
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	25
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	32
DOSSIER PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	42
ANNEXE	49

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

HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE DE GUERANDE	
Adresse	Avenue pierre de la bouexiere 44350 Guerande
Département / région	LOIRE-ATLANTIQUE / PAYS DE LA LOIRE
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	440028538	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE	1 avenue pierre de la bouexiere Bp 25419 44350 GUERANDE
Etablissement de santé	440021194	HLI DE LA PRESQU'IL - SITE DE GUERANDE SLD	Avenue pierre de la bouexiere 44350 Guerande
Etablissement de santé	440001253	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE DE GUERANDE	Avenue pierre de la bouexiere Bp 5419 44350 Guerande
Etablissement de santé	440001261	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE LE CROISIC	Rue georges clemenceau 44490 Le Croisic

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	59
SLD	SLD	42
SSR	SSR	80

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Centre hospitalier de Saint-Nazaire CHU de Nantes EHPAD centre MPR de la Côte d'Amour
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	reconversion de 4 lits d'hospitalisation complète de SSR, en 4 lits d'hospitalisation de jour de SSR, planifié en janvier 2017.

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 obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Parcours du patient
Prise en charge de la douleur

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 1 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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
Prise en charge de la douleur
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	H	Service SSR polyvalent	anévrisme	programmée	1 patient(e) pec en SSR POLYVALENT	SSR
2	F	Service de SLD	anémie , chutes, poly pathologie	programmée	1 patient(e) pec en Soins de longue durée	SLD
3	F	Service de Médecine gériatrique	personne âgée problème pulmonaire	programmée	1 patient(e) pec en Médecine gériatrique	MCO
4	H ou F	HTP -SSR HDJ ADDICTOLOGIE	Addictologie	programmée	1 patient(e) pec pour addictologie	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

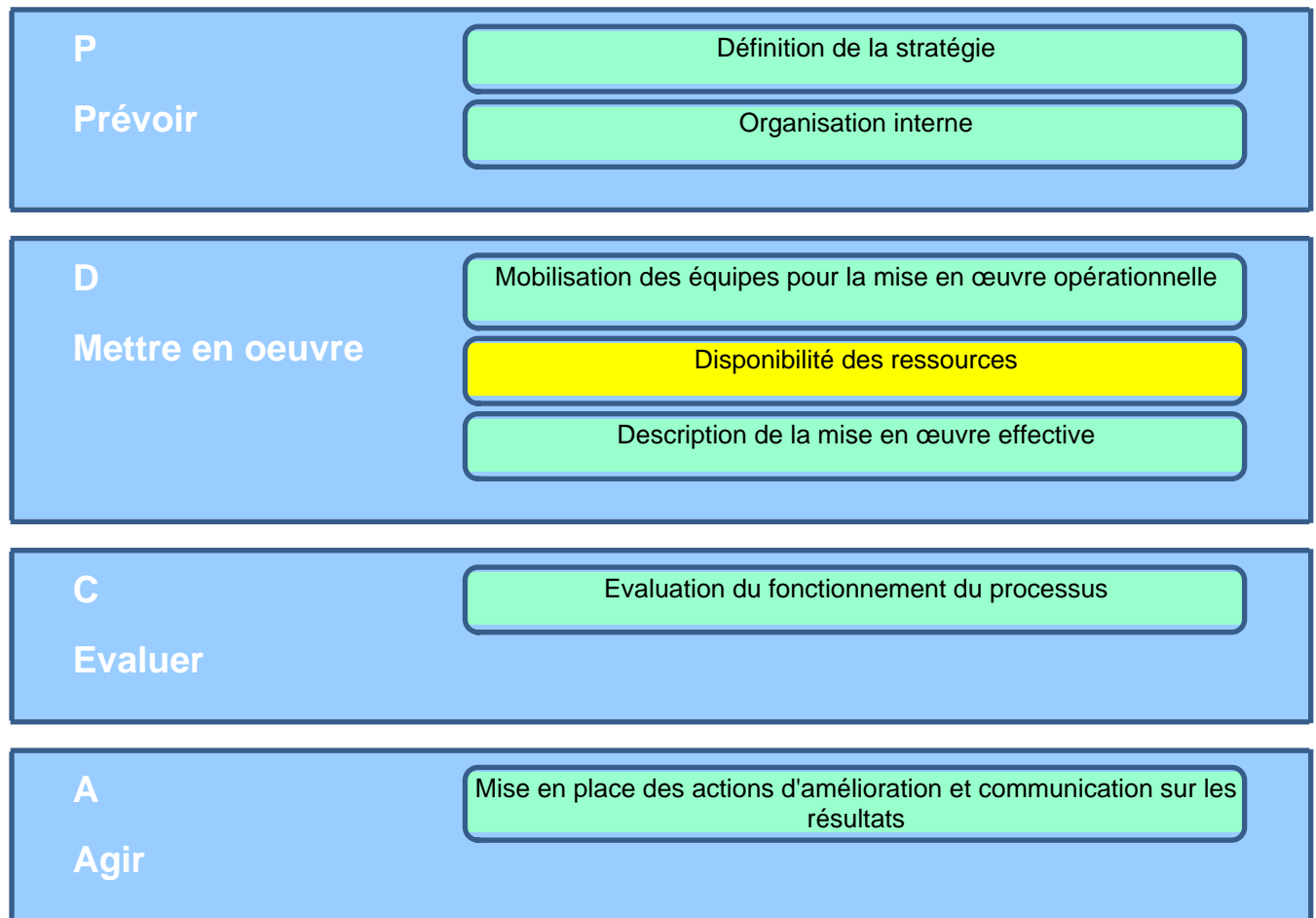
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

L'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île HIPI a inscrit sa stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques au travers des engagements du CPOM, du PRS, dans le projet d'établissement 2013-2017, ainsi que dans le projet médical 2011-2016.

Les axes d'amélioration de la qualité définie par la CME sont articulés autour de 6 axes :

- Prise en charge de la douleur,
- La promotion de la bientraitance,
- Le questionnement éthique,
- La prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en charge de la dénutrition,
- La sécurisation du circuit du médicament et la lutte contre l'iatrogénie,
- La lutte contre les infections nosocomiales.

La politique qualité-risques est intégrée dans le projet qualité et risques 2017-2021 qui définit la stratégie EPP, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques à priori et à postériori, les formations et la communication, le programme d'évaluation, la gestion de crise, les vigilances.

L'identification et l'analyse des données relatives aux spécificités de l'établissement (indicateurs nationaux IQSS, IN, les rapports de sureté, les résultats d'évaluation et d'audits, le suivi du CPOM et du projet d'établissement, les questionnaires de satisfaction, les réclamations et plaintes enregistrés au sein de la CRUQPC/ CDU, l'analyse et étude des événements indésirables, document unique ...) ont servi de base à l'actualisation des plans d'actions élaboré par processus.

Chaque base de données liée à un processus a permis d'identifier des points positifs, des points à améliorer et des points critiques. Ces derniers ont permis la définition des risques. Ces points ont été scorés selon une grille à 5 niveaux afin d'établir leur hiérarchisation et leur priorisation.

Les actions identifiées au regard des points critiques et des points à améliorer ont alimenté les programmes d'actions des processus. La révision de ces différents programmes permet la révision de la cartographie globale des risques réalisée à postériori.

Chaque programme d'amélioration par processus intègre les actions identifiées dans le cadre des groupes de travail, des instances et du compte qualité. Il est décliné selon un mode projet (origine, thématique, actions, objectif, responsable, échéancier (date de début et de fin), indicateurs de suivi).

Le programme qualité, gestion des risques et sécurité des soins a été validé par le pilotage stratégique (directeur, CME) ainsi que par le COPIL qualité, les différentes instances (CLIN, CLAN, CLUD CDU, ...) et porté par la responsable qualité.

Le compte qualité a retenu 6 thématiques : la sécurité transfusionnelle, la gestion des risques, les EPP, l'écoute client, la culture qualité, les vigilances.

Les actions issues du compte qualité sont identifiées dans les PAQSS processus. Au jour de la visite, près de 2/3 des actions sont planifiées pour 2017 et 2018, le tiers restant s'étalant de 2019 à 2021. Toutes les actions planifiées en 2021 correspondent à des actions périodiques. Le début prévisionnel est fixé au plus tard en janvier 2018 et l'échéance est fixée en 2021 soit la fin de période du PAC pluriannuel afin d'évaluer si l'action est effective sur le long terme. Sur les 14 actions planifiées en 2020, 13 correspondent à des risques faibles ou à surveiller et une seule correspond à un risque élevé. Il s'agit de diffuser l'échelle DN4 pour mieux évaluer la douleur neurologique. L'échéance a été fixée en 2020, par l'établissement, car le CLUD se concentre sur l'augmentation d'utilisation de l'échelle EVA/EVN.

ORGANISATION INTERNE

La responsable qualité-risque a été désigné coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et responsable du management de la qualité du circuit du médicament.

Les pilotes du processus MQGdR sont identifiés au niveau stratégique autour du directeur et du président de la CME, de la responsable qualité, de la directrice des soins et au niveau opérationnel autour de la responsable qualité.

Les pilotes des processus étudiés dans le cadre du compte qualité ont été choisis en fonction de leurs compétences et en lien avec la thématique. Le rôle et les missions des pilotes des processus ont été présentés au cours d'une information réalisée par le réseau QualiSanté 44 et adopté par l'établissement.

Le pilotage stratégique s'articule autour du COPIL qualité/risque dont la composition est pluri professionnelle : le directeur, la responsable qualité, des directeurs, la présidente de la CME, des vigilants, un représentant des usagers, le responsable du système d'information, et des services techniques.

Le choix de l'établissement a été de donner au COPIL les missions de structuration de la démarche globale d'identification et l'analyse des risques à priori et à postériori dans le cadre de la gestion coordonnée des risques et donc de redonner les missions de validation des axes d'amélioration et d'entretien du dynamisme de la démarche d'amélioration continue, à la CME et à la CSIRMT ainsi qu'aux différentes instances ou comités permanents en place : tel l'EOH, le CSTH, le CLAN, le CLUD, la

commission bienveillance et soins palliatif, le "PAQ médicament", le groupe DPI, la CIV. Ceux-ci réalisent le suivi du programme d'amélioration continue (PAC) correspondant au processus dont ils ont la charge.

Un programme de gestion des risques est défini et mis à jour, avec identification a priori des risques, et analyse a posteriori des événements indésirables. La CME devient l'instance référente de la gestion des risques. Elle valide la politique et les objectifs du programme d'amélioration continue en lien avec le COPIL qualité et risque. Le tableau de bord de la gestion des risques est complété et analysé annuellement.

Une organisation validée par la CME est en place pour déployer les EPP.

Le pilotage opérationnel est confié à la responsable qualité qui s'appuie sur les référents qualités (directeurs, médecins, cadres de santé), sur les groupes de travail en lien avec les différentes thématiques ainsi que sur un pool d'auditeurs du réseau RACQESEL qui peuvent être missionnés pour réaliser des évaluations croisées internes et qui réalisent à la demande des formations et des appuis méthodologiques.

Les locaux, matériels et équipements sont soumis à des plans de maintenance préventive et curative suivis et maîtrisés.

Une gestion informatique des documents est en place, permettant un accès aisé aux procédures, protocoles, comptes rendus....

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement sensibilise les professionnels à l'amélioration des pratiques et favorise dans la mesure du possible l'implication de ceux-ci notamment au sein des groupes de travail.

La responsable qualité intervient dans les équipes à la demande de l'encadrement.

Toutefois, l'établissement ne s'est pas assuré de la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de la coordination des risques associés aux soins, et du compte qualité sur l'ensemble des processus. La mobilisation des professionnels a été essentiellement assurée par le niveau encadrement. Lors des vérifications terrain sur l'ensemble des processus étudiés, les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance du compte qualité, de sa finalité, de son contenu.

De plus, une sensibilisation au patient traceur a été réalisée, mais aucun patient traceur n'a été effectué avant la visite.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences existent au sein de l'organisation mis en place tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel: COPIL qualité, CME, CSIRMT, instances dédiées (CLIN, CLAN, PAC médicament.....).

Certains professionnels associés à l'instance validante sont formés ou ont suivis les formations délivrées par le réseau RACQESEL.

Une journée des nouveaux arrivants permet de sensibiliser les nouveaux professionnels sur l'existence, l'utilisation des procédures et protocoles en lien avec la qualité et la gestion des risques.

Un plan de formation est en place et associe les actions en lien avec les événements sentinelles identifiés (incendie, AES, identité, médicament). Les analyses de causes sont réalisées pour le circuit du médicament (7 en 2016), la méthode CREX n'a été mobilisée qu'une fois en 2016 et deux fois en 2014.

Les ressources documentaires sont disponibles sur un logiciel accessible à l'ensemble des professionnels. Les ressources matérielles sont en place.

La cartographie des risques professionnels est suivie annuellement par le CHSCT dans le cadre du document unique.

Pour améliorer l'analyse des événements indésirables d'identitovigilance, une cellule opérationnelle d'identitovigilance a été créée.

Le signalement des EI est en place, un support papier permet la déclaration. Le dispositif de gestion des événements indésirables est défini dans une procédure. Les événements indésirables sont traités par la responsable qualité et au sein de la réunion de direction pour les EI qualifiés de grave et récurrents.

Toutefois, l'analyse des causes des événements indésirables ne repose pas sur un processus de hiérarchisation. Les événements indésirables ne font pas l'objet de cotation fréquence/gravité ni de niveau de maîtrise. La notion d'EI Grave (EIG) est subjective. Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS. 170 événements indésirables ont été signalés en 2016, dont 8 concernaient les EIAS et 26 pour des problèmes d'identité.

Certains EI dont les EIG sont analysés en réunion de direction, d'autres sont traités directement par la responsable qualité et l'encadrement du service. Les professionnels n'ont pas systématiquement de réponse à la déclaration effectuée, seules les fiches d'EI avec des pistes d'actions proposées reçoivent une réponse directe. Pour les autres fiches, il n'y a pas de réponse directe individualisée.

Les Représentants des Usagers sont présents au sein de l'établissement. Faute de disponibilité ils n'ont pas participé à la préparation de la certification. Le processus « droits des patients » a été étudié en CDU.

Le circuit de gestion des plaintes et réclamations est en place et opérationnel. La CDU est opérationnelle et exerce l'ensemble de ces prérogatives. Un des représentants des usagers est vice-président de la CDU. La satisfaction des usagers est recueillie et analysée.

La gestion de crise est définie (plan blanc, bleu, annexe B pour la grippe). Le plan blanc a été mis à jour

en 2016. La cellule de crise est opérationnelle. Le plan Vigipirate est mis à jour ainsi que le plan de sécurité. Un exercice de simulation de crise a été réalisé en 2016 avec les pompiers.
 Les vigilances sont en place. Le système d'alertes ascendantes et descendantes est opérationnel. La déclaration interne des vigilances sanitaires est effectuée sur le même support et avec la déclaration des événements indésirables. Selon le type et le degré d'alertes, le vigilant signale aux autorités compétentes. Le bilan des vigilances est présenté annuellement en CME.
 Les thématiques EPP sont validées en CME. Le suivi est assuré annuellement par la CME.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes rencontrées mettent en œuvre les protocoles, procédures prévues pour le fonctionnement et la prise en charge des patients.
 Les professionnels ont participé à certains groupes de travail (en lien avec leur activité, leur spécificité, leurs compétences), ou à des instances liés à la qualité et la gestion des risques.
 Les professionnels ont connaissance des circuits de déclaration des événements indésirables, de certains plans d'actions, de la gestion documentaire, de la mise en œuvre des certaines thématiques de démarches EPP, de la satisfaction des usagers, du résultat des indicateurs ou évaluations.
 Les comptes rendus des instances sont accessibles via le portail Intranet. L'information des professionnels sur les nouveaux protocoles est diffusée par la qualité via l'encadrement par une mise à jour mensuelle des nouveaux documents (soit réactualiser, soit créer).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du système de management de la qualité/gestion des risques est évalué avec de nombreux d'indicateurs et formalisé dans un rapport d'activité annuel qui regroupe :

- les travaux du comité de pilotage qualité et risque
- Les formations délivrées
- Les résultats des actions d'évaluations
 - quantitatifs : Nombre de réclamations écrites, nombre de réunions de la CDU, nombre de la CME, de la CSIRMT, nombre de réunions du COPIL certification, nombre de CREX, d'évènements indésirables, d'EPP.....colligé dans le rapport d'activité annuel, le nombre d'EI, la participation aux réunions qualité régionales,
 - qualitatifs : Participation des usagers aux réunions de la CDU, délai moyen de réponses aux réclamations écrites, satisfaction patients, taux de retour des questionnaires de satisfaction audits douleur, hygiène (DASRI, précautions standards, tri des déchets...), circuit du médicament (corrélation résultats BMR/ consommation d'antibiotique), EPP (chutes, dénutrition) en lien avec les résultats des IQSS.
- La gestion de crise (exercice)
- La participation aux instances (CDU, CSIRMT, CME)

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre est assuré par la CME, et le COPIL qualité pour les résultats des actions identifiées issues des groupes de travail et du compte qualité.

A / AGIR

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

La mise en œuvre, le suivi des actions d'amélioration et les résultats des indicateurs sont suivis par les instances et groupes dédiés (CLIN, CLAN, CLUD, PAC médicament....).
 Un réajustement annuel du PAQSS est prévu après validation par le COPIL qualité et présentation à la CME suite à la validation des actions par les instances et groupes dédiés.
 La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par les réunions de service et d'équipe par l'encadrement, au sein du journal interne « Grain de sel », et sur l'Intranet.
 La communication externe est organisée auprès des usagers par affichage des résultats des indicateurs selon la réglementation, sur le site Internet (lutte contre les infections nosocomiales, qualité et sécurité des soins, taux de satisfaction).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>L'établissement ne s'est pas assuré de la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de la coordination des risques associés aux soins, et du compte qualité.</p> <p>Sur l'ensemble des processus, la mobilisation des professionnels a été essentiellement assuré par le niveau encadrement. Lors des vérifications terrain sur les processus étudiés, les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance du compte qualité, de sa finalité, de son contenu.</p> <p>De plus, une sensibilisation au patient traceur a été réalisée, aucun patient traceur n'a été effectué avant la visite.</p>	1g
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>L'analyse des causes des événements indésirables ne repose pas sur un processus de hiérarchisation.</p> <p>Les événements indésirables ne font pas l'objet de cotation fréquence/ gravité ni de niveau de maîtrise. La hiérarchisation n'est pas structurée. La notion d'EIG est subjective. Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS. 170 événements indésirables ont été signalés en 2016, dont 8 concernaient les EIAS et 26 pour des problèmes d'identité.</p> <p>Certains EI sont analysés en réunion de direction, d'autres sont traités directement par la responsable qualité et l'encadrement du service. Les professionnels n'ont pas systématiquement de réponse à la déclaration effectuée, seules les fiches d'EI avec des pistes d'actions proposées reçoivent une réponse directe. Pour les autres fiches, il n'y a pas de réponse directe individualisée.</p>	8f

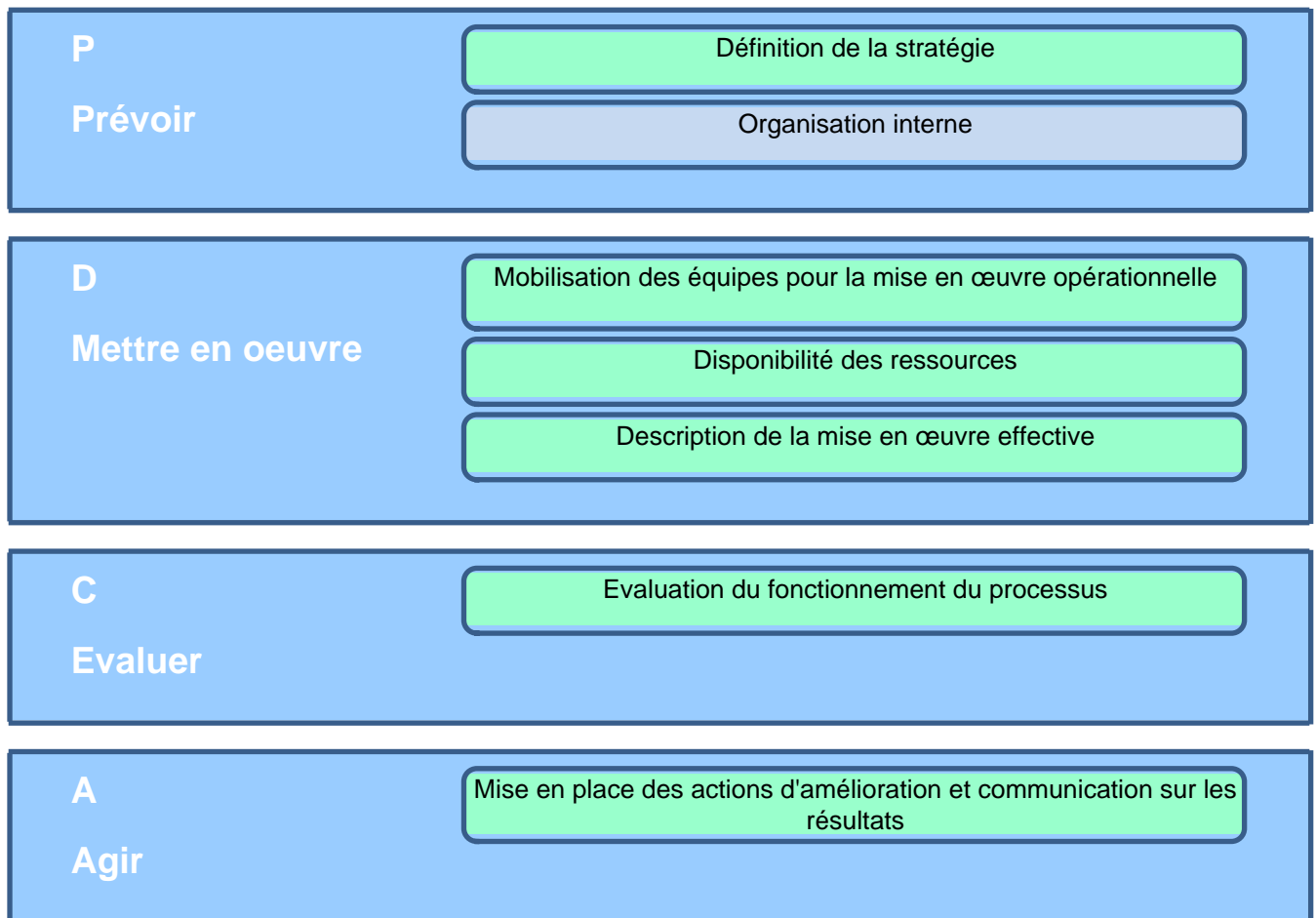
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses risques au moyen de l'analyse des risques du compte qualité. Les risques ont été répertoriés en risques infectieux et en risques liés à l'antibiothérapie. Ils ont été hiérarchisés selon la méthodologie du réseau régional qualité.

Les données utilisées pour évaluer les risques ont été les résultats du bilan de lutte contre les infections nosocomiales (Bilanlin), les évaluations et audits effectués et le repérage des actes de soins majeurs et situations à risques à maîtriser (exemple : configuration et moyens dans les locaux de lavage des unités de soins).

Les risques ont été hiérarchisés dans le document compte qualité et figurent au programme d'amélioration continue de la qualité.

Les objectifs sont définis en particulier en lien avec le Propias (programme régional de lutte contre les infections associées aux soins). Les échéances sont planifiées dans le compte qualité.

La CME est informée du bilan de la prévention des risques de l'antibiothérapie.

Les actions prévues au compte qualité sont repérées dans le programme d'amélioration continue de la qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes des actions d'amélioration de la prise en charge du risque infectieux sont identifiés : une équipe opérationnelle d'hygiène est en place avec un IDE affecté à temps plein, un recours possible auprès du médecin hygiéniste du territoire, un médecin président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (intitulé EOH) et la pharmacien référente antibiothérapie.

Le plan de formation comporte des actions de prévention du risque infectieux qui sont en particulier assurées en interne par l'infirmier hygiéniste.

L'établissement met en œuvre les ressources matérielles nécessaires pour le déploiement de la politique d'hygiène : les moyens humains, équipements (par exemple : laves-bassins,...) et consommables (par exemple moyens en cas d'épidémie) sont prévus. Le plan de formation comporte des formations variées à l'hygiène (formations à l'hygiène prévues chaque année au plan de formation avec de plus un suivi des formations internes assurées par l'IDE hygiéniste). Le système documentaire est en place et disponible pour les professionnels. Les protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont rédigés et actualisés. Les interfaces entre les équipes de soins et les différents acteurs impliqués dans le suivi de l'hygiène sont assurés grâce en particulier au rôle de l'IDE hygiéniste qui assure le relais entre les services des soins et les référents hygiène, les services techniques et les services administratifs.

L'organisation pour assurer le bon usage des antibiotiques est en place: la liaison entre le laboratoire en charge des examens de biologie du CHSN (Laboratoire de biologie médicale du CH de Saint-Nazaire) et l'équipe de prévention des risques liés à l'hygiène est effective avec un suivi quotidien 7 jours sur 7 des infections survenues et résistances bactériennes. L'IDE hygiéniste suit en outre les questions relatives à la gestion des déchets et des locaux.

L'EOH est en lien avec les secteurs cliniques grâce aux correspondants hygiène et avec les autres services de l'établissement en particulier la logistique (pour l'entretien des locaux: équipe hygiène des locaux sous la responsabilité de l'IDE hygiéniste) et la gestion administrative (pour le plan de formation par exemple).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action hygiène de l'établissement est déployé dans les services par le référent hygiène de l'établissement qui effectue des audits (exemple « hygiène des mains, "précautions standards et complémentaires", "techniques d'isolement"). La sensibilisation des professionnels est assurée par les correspondants hygiène qui sont désignés et connus dans les différentes unités du CH de la presqu'île. Leur rôle est de contribuer à la diffusion des procédures et des protocoles, de participer dans le cadre des réunions dites de « petit CLIN » à la définition d'objectifs et donner des avis sur les produits nouveaux.

L'amélioration des bonnes pratiques d'antibiothérapie est conduite par le pharmacien. Les actions correctives sont définies par le référent hygiène en fonction des audits effectuées et pour l'antibiothérapie par le pharmacien lors de la réévaluation quotidienne de prescriptions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose des compétences en vue de la prise en charge du risque infectieux. Ce sont des compétences internes (infirmier hygiéniste, pharmacien pour l'antibiothérapie ayant été formé à cette

problématique) ou externes (médecin hygiéniste dans le cadre du réseau local « Colines » basé au CH de Saint-Nazaire et médecin infectiologue partagé entre les CH du GHT).

Les formations sur la prévention du risque infectieux sont régulières. La formation au bon usage des antibiotiques est assurée, au plan de formation, dans le cadre de la gestion du médicament et par le réseau régional "Colines" de prévention du risque infectieux.

Les protocoles et procédures pour le traitement de la lutte contre les infections nosocomiales et la prévention du risque antibiothérapie sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'EOH (infirmier hygiéniste) veille à la mise en œuvre de l'hygiène des locaux qui est apparue effective lors de la visite. Les bonnes pratiques d'antibiothérapie sont assurées par la validation quotidienne de la prescription des antibiotiques par le pharmacien du Centre hospitalier. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure est tracée dans le dossier patient.

Les interfaces sont opérationnelles :

- Lien entre les services logistiques et l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Lien entre le laboratoire du Centre hospitalier de Saint-Nazaire et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les réunions de l'EOH (désignation locale de l'instance en charge du suivi de l'hygiène) sont en place et sont tracées : cinq réunions correspondants en 2015 et 2 en 2016, trois réunions EOH en 2015 et 2016).

Afin de répondre au score de l'indicateur IQSS "ICSHA 2" en C, l'établissement a identifié des risques et décliné des plans d'actions dans son compte qualité pour assurer la prévention du risque infectieux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la lutte contre les infections nosocomiales est réalisée au travers du bilanin.

Cette évaluation est complétée par des actions de surveillance (suivi des consommations d'antibiotiques, décompte des patients porteurs de SARM,...) et des audits (Pose des cathéters veineux, hygiène des mains, entretien des chambres, précautions complémentaires en 2016).

L'EOH réalise un bilan annuel qui permet de tracer les actions (par exemple: formations et sensibilisations).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont en place suite aux évaluations effectuées et à la communication des résultats correspondants.

Le programme d'action en tient compte :

- En 2015, a ainsi été effectuée la révision des protocoles relatifs à la détection du virus de la grippe, la conduite à tenir pour l'élimination des excréta.
- En 2016, a été effectuée la révision de protocoles de tri des déchets et d'entretien des locaux.

La communication interne est assuré par l'IDE hygiéniste avec l'aide des cadres des services. La communication externe respecte la réglementation avec présentation des résultats en CDU et affichage pour les usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

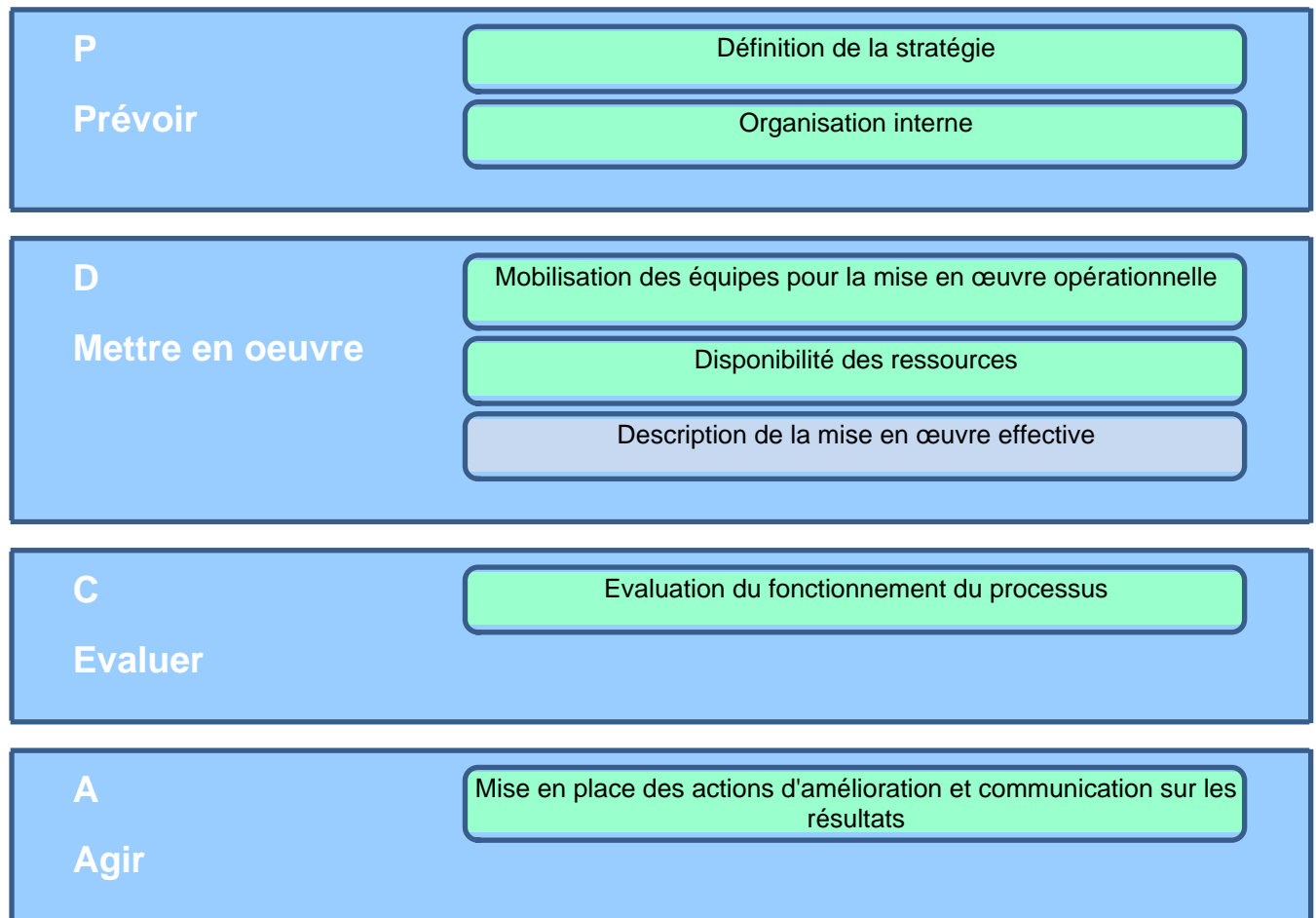
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients, est inscrit au projet d'établissement 2013-2017 du CH, et figure parmi les orientations stratégiques. Il s'agit des orientations suivantes :

- Poursuivre l'engagement de l'Établissement vis-à-vis des droits des usagers et la dynamique CDU,
- Accélérer l'accès aux informations médicales,
- Promouvoir les directives anticipées,
- S'engager dans toute démarche éthique,
- Afficher les indicateurs.

L'établissement a identifié ses besoins en vue d'améliorer le respect des droits des patients.

Deux approches ont été effectuées :

- Une analyse des risques assurée avec l'outil d'analyse des risques proposé par le réseau qualité du territoire (réseau qualisant 44) dans le cadre du compte qualité. Cette analyse a permis de dégager trois grands risques : le risque de non-respect de la liberté d'aller et venir, le risque de maltraitance et le risque d'atteinte aux droits des patients.

- A propos du risque de maltraitance, une approche diagnostique a été faite avec l'utilisation du diagnostic FORAP/HAS/ANAP (« regards croisés sur la bientraitance »), effectuée en 2013 et le diagnostic effectué en début d'année 2017 par la psychologue au moyen d'une vidéo décrivant des situations de maltraitance.

Le compte qualité a permis de prioriser des actions d'amélioration des pratiques relatives aux contentions, du recueil de consentement pour les personnes protégées, la promotion de la bientraitance. Les actions du compte qualité sont incluses et repérées dans le programme d'amélioration de la qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage des actions d'amélioration de la bientraitance a été confié à une « Commission bientraitance » pilotée par un trinôme pluri-professionnel formé ainsi que suit :

- Le médecin Médiateur CDU
- La directrice des soins
- Le responsable de la commission bientraitance - cadre de santé EHPAD

La commission bientraitance est composée de professionnels représentant les différents métiers soignants de l'établissement et la direction. Elle a été missionnée en CME.

Les actions d'amélioration concernant les droits des patients" sont suivies par la CDU.

Le pilotage des actions d'amélioration concernant les contentions a été confié au groupe chute / contention."

L'établissement a prévu au plan de formation un ensemble de formations composé d'interventions de la psychologue sur le thème de la « sensibilisation à la maltraitance » et d'interventions spécifiques sur des sujets particuliers tels que les directives anticipées.

L'établissement met en œuvre des moyens et des compétences en vue d'assurer le respect des droits des patients tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau matériel et documentaire.

La gestion documentaire est effective avec des protocoles ou procédures élaborées pour les différentes situations concernant le respect des droits des patients.

Les patients sont informés sur leurs droits et du rôle de la CDU par l'intermédiaire du livret d'accueil.

Des procédures sont à la disposition des professionnels pour les différents aspects relatifs au respect des droits des patients.

Le respect de la liberté d'aller et venir des patients est organisé.

Le dispositif d'information en cas de dommages liés aux soins est organisé avec un protocole adapté.

Le recueil du consentement est organisé au moyen d'un protocole définissant les bonnes pratiques de traçabilité de l'information bénéfique risque et du recueil du consentement. Le recueil du consentement du majeur sous protection juridique a fait l'objet d'une procédure spécifique rédigée mise à jour.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action au titre des droits des patients est diffusé en particulier grâce à la psychologue de l'établissement qui assure une diffusion large et connue auprès des professionnels des droits des patients.

Le plan d'action au titre des droits des patients est déployé grâce :

- à la psychologue de l'établissement qui assure la diffusion des droits des patients auprès des professionnels dans le cadre de formations et sensibilisations prévues au plan de formation. On peut citer à ce titre les informations à la bientraitance réalisées en 2017,
- La réévaluation régulière des besoins des patients dans le cadre des réunions d'équipe des services, ce

dont témoignent les professionnels rencontrés au cours de la visite,
- La réévaluation et la diffusion des protocoles qui permettent de sensibiliser les personnels. L'évaluation des actions relatives aux droits des patients est assurée par la CDU, la commission bientraitance et le groupe chutes. Les actions correctives sont identifiées soit sous l'égide de la «Commission bientraitance» de façon institutionnelle (exemples d'actions récentes : EPP contention, suivi des actions à effectuer suite aux formations et sensibilisations du personnel, identification d'événements indésirables tel que le risque d'absence de levés du patient) soit par la prise en compte par le CH de situations citées par les professionnels. On peut citer ainsi l'identification début 2017, par les professionnels, de modalités de contention des patients au lit.
La réévaluation et la diffusion des protocoles permettent en outre de sensibiliser les personnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le respect des droits des patients est une valeur communiquée dans l'établissement en particulier au moyen d'une charte signée par la direction et visant à faciliter l'interface entre les différents professionnels.
Une organisation et des actions visant à maîtriser le risque de maltraitance a été mise en place : la commission «bientraitance » a réalisé un protocole de signalement des cas de maltraitance comportant la définition des situations de maltraitance .Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.
Des procédures sont à la disposition des professionnels pour les différents aspects relatifs au respect des droits des patients. On peut citer:
l'identification et le signalement d'un acte de maltraitance, la désignation de la personne de confiance, les bonnes pratiques pour la traçabilité de l'information bénéfico-risque et du consentement, l'annonce d'un dommage lié aux soins et la conduite à tenir en cas de refus de soins,...
L'établissement s'est donné également les moyens d'assurer le respect des droits des patients dans de nombreux domaines. Les chambres doubles sont équipées de rideaux de séparation. Les douches des services ont été réhabilitées. Des doubles fermetures des portes et de bracelets/ boutons « anti-fugues » reliés à des portiques de signalement ont été installés pour permettre de concilier liberté d'aller et venir des personnes conscientes et sécurité des personnes désorientées.
Néanmoins, l'absence de douches dans les cabinets de toilette des chambres de l'établissement ne permet pas toujours le respect des conditions de dignité et d'intimité des personnes hospitalisées. En raison d'une architecture ancienne, il a été constaté une absence de douches dans les cabinets de toilette des unités de médecine et de SSR. Une seule salle de bains commune est cependant présente sur l'ensemble de l'unité (plusieurs ailes comprises).
L'accueil de l'entourage est organisé en particulier au moyen de salons des familles, adaptés et disponibles dans les services de soins. Les possibilités d'hébergement de l'entourage sont prévues.
Le respect de la liberté de circulation des patients est organisé, des protocoles de prescription des contentions sont en place.
Le recueil du consentement est organisé au moyen d'un protocole définissant les bonnes pratiques de traçabilité de l'information bénéfico risque et du recueil du consentement. Des fiches spécifiques sont en place par exemple avant la réalisation d'une gastroscopie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La politique de bientraitance est connue dans les services de soins.
Les pratiques visant à proposer la rédaction de directives anticipées sont elles aussi connues et effectives.
La restriction de liberté est prise en charge par les professionnels et suivie en tant que de besoin. Les contentions sont adaptées aux situations rencontrées, limitées et sur prescription médicale.
La liberté d'aller et venir est respecté et, si besoin, restreinte par prescription médicale, par exemple dans le cas de la pose d'un bracelet/ bouton "anti-fugue".
Les pratiques soignantes permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans les situations d'hébergement qui ne sont pas toujours propices à leur respect. (chambres à deux lits).
Les pratiques observées respectent la confidentialité des patients : absence de noms apparents, respect observé des dispositions relatives à la sécurité informatique.
L'entourage du patient est accueilli de façon personnalisée par les personnels médicaux et soignants.
Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CDU en particulier au moyen du livret d'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La satisfaction des patients est recueillie par l'intermédiaire d'un questionnaire de sortie évaluant la satisfaction des patients à propos des différents aspects de leurs séjours. Le thème «consentement du patient» est plus particulièrement suivi.
Les indicateurs IPAQSS sur l'item «accord sur le projet thérapeutique» sont suivis de façon régulière.
Une EPP est en cours sur la contention et un diagnostic de «bientraitance- maltraitance» a été effectué en début d'année 2017.

L'évaluation du respect des droits des patients est assurée dans le cadre des réunions de la CDU qui examine les plaintes et réclamations de façon systématique et circonstanciée. Le nombre et la nature par items des plaintes et réclamations sont suivis.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre visant à répondre aux questions posées par l'analyse des risques et les constats effectués en particulier lors de l'analyse des plaintes et réclamations.

On peut citer par exemple pour 2017:

- La révision des modalités de contention par matériel sécurisé (anticipée par rapport au retrait du marché du matériel en service),
- Le protocole de recueil du consentement du majeur protégé,
- Le protocole d'annonce d'un dommage lié aux soins,...

Les actions d'amélioration envisagées et mises en œuvre sont intégrées au « programme d'amélioration continu des soins » de l'établissement piloté par la responsable qualité. La Commission bientraitance "et le groupe chute / contention" suivent l'évolution de ce programme "pour les actions les concernant"

La communication est assurée en interne par l'encadrement et par le journal "Grain de sel". La communication externe est centrée sur la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>L'absence de douches dans les cabinets de toilette des chambres de l'établissement ne permet pas toujours le respect des conditions de dignité et d'intimité des personnes hospitalisées.</p> <p>En raison d'une architecture ancienne, il a été constaté une absence de douches dans les cabinets de toilette des unités de médecine et de SSR. Une seule salle de bains commune est néanmoins présente sur l'ensemble de l'unité (plusieurs ailes comprises)</p>	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

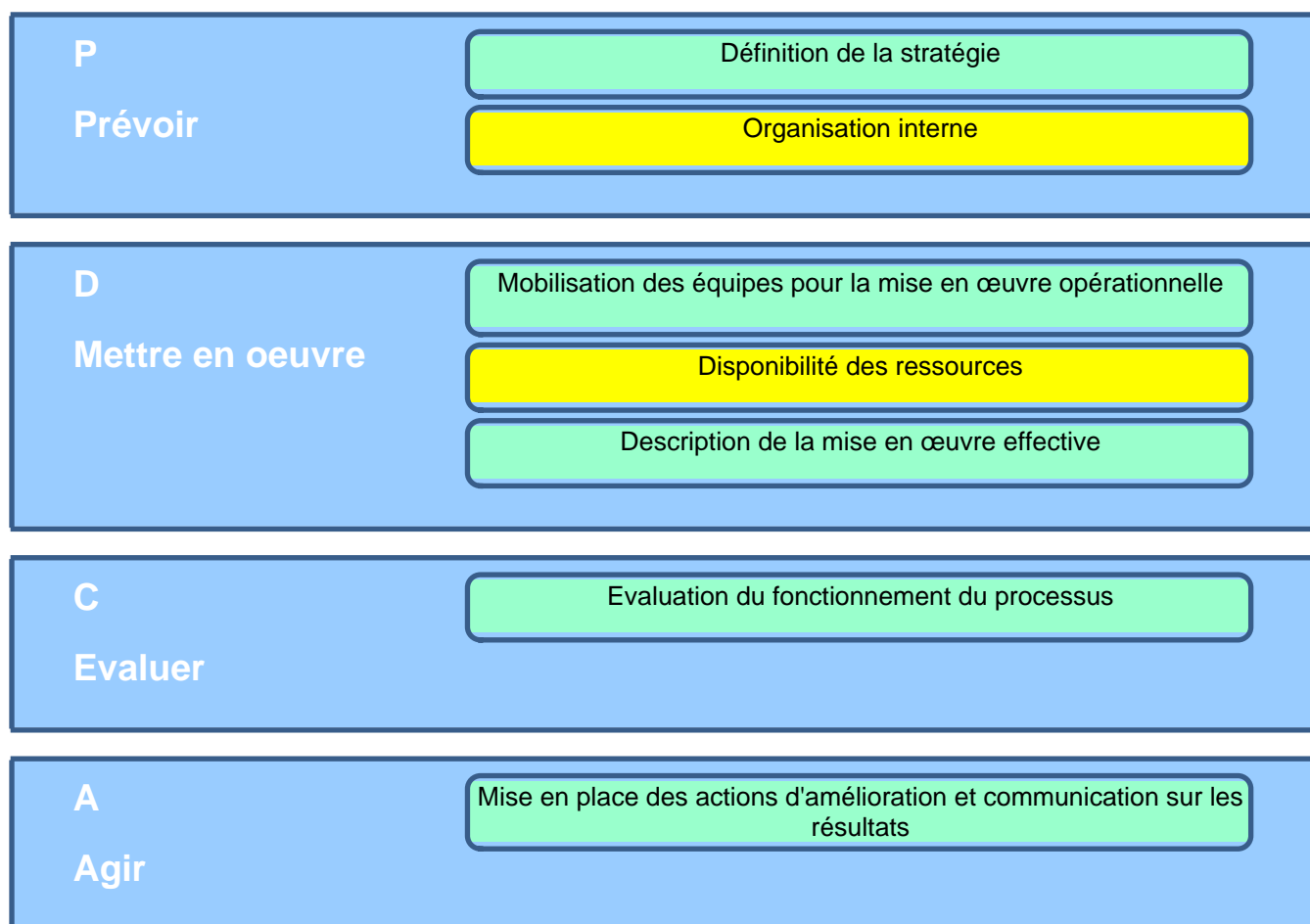
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La stratégie de prise en charge des patients répond aux besoins de la population. Réparti sur deux sites (Guérande et Le Croisic). L'établissement est clairement positionné et reconnu dans le paysage du bassin Nazairien avec une implication de longue date dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire et maintenant dans le GHT.

Les orientations stratégiques sont inscrites dans le projet d'établissement 2013-2017 orienté autour de sept axes :

- Rendre pérenne son offre de soins,
- Consolider les activités spécifiques (addictologie, soins palliatifs, et prise en charge de la maladie d'Alzheimer),
- Optimiser ses filières de soins,
- Renforcer sa position d'établissement de proximité sur la presqu'île,
- S'ancrer dans toutes les filières, réseaux et complémentarités,
- Finaliser le projet de regroupement des services actifs sur le site de Guérande,
- Proposer des alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement à temps plein.

Ces orientations ont été consolidées maintenant autour du projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire 44. Celui-ci s'articule autour de 4 grands axes :

- Porter ensemble une politique médicale de prévention de santé publique,
- Intégrer les enjeux « qualité et gestion des risques dans les projets médicaux,
- Renforcer la recherche territoriale au sein du GHT 44,
- Construire une offre de soins publique globale mieux structurée et accessible au-delà des filières prioritaires du projet médical partagé.

Des conventions et partenariats avec les réseaux et structures avoisinantes sont en place depuis de longue date pour exemple: avec le Centre Hospitalier de Saint Nazaire (CHSN), COLINES pour les infections associées aux soins, RACQUESEL pour la qualité, RESPEL pour les soins palliatifs...

L'ouverture récente d'une hospitalisation de jour en SSR, une augmentation de places du SSIAD, d'une maison médicale de garde sur le site, d'un accueil de jour, d'un PASA complète l'offre de soins proposée.

L'identification des risques a été réalisée selon la méthodologie adoptée par l'établissement : remise à jour du programme d'actions « soins » qui intègrent le parcours, les droits des patients, la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, les examens complémentaires. A partir des actions du programme « soins », il a été identifié les risques correspondant qui ont fait l'objet d'une cotation selon une échelle à 5 niveaux. Cette cotation a été reprise dans la cartographie correspondante ensuite.

Le programme d'actions tient compte des sources différentes : la certification précédente, les orientations stratégiques, les résultats d'audits et évaluations des questionnaires de satisfaction, des indicateurs nationaux, de l'analyse des événements indésirables, des statistiques d'activité, des objectifs du CPOM, des remarques des représentants des usagers dans le cadre de la CDU, des interfaces avec les autres parties du programme d'actions « soins ». Le programme d'action est revu annuellement et validé par la CME et le COPIL qualité.

Les objectifs d'amélioration sont en cohérence avec les risques qui en découlent. Les échéances identifiées sont parfois très lointaines (2020-2021).

La mise en œuvre des actions est organisée en mode projet et incluse dans le programme global institutionnel qui est la compilation des plans d'actions spécifiques. Le suivi des actions est réalisé par la responsable qualité en lien avec le COPIL qualité et la CME.

ORGANISATION INTERNE

La directrice des soins ainsi qu'un médecin responsable du secteur SSR pilotent le processus patient.

Les pilotes connaissent leur rôle et les missions dévolues à cette activité. La présentation de la fonction, a été faite en réunion de présentation de la certification mais non traduite sous forme de fiche de missions.

Les règles de présence des professionnels médicaux et non médicaux sont établies. Un tableau de garde est accessible aux professionnels en salle de soins.

Une organisation est en place en cas d'absence avec l'aide de professionnels d'un pool pour les absences courtes.

Un plan de formation annuel est en place qui reprend les formations obligatoires (incendie, AFGSU...) et des formations spécifiques en lien avec les secteurs d'activité.

Cependant, le dépistage du risque suicidaire ne fait pas l'objet de procédure ou protocole identifiant des patients potentiellement à risque ou de signes d'alerte au regard des populations accueillies. Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Il n'a pas été retrouvé d'axes de formation relatifs à cette thématique dans les plans de formation institutionnels. Les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas systématiquement identifiés.

Les ressources documentaires sont intégrées sur Intranet dans les documents qualité. Elles sont connues et accessibles par les professionnels. Les procédures et protocoles en place décrivent les modalités de

prise en charge. Les protocoles et procédures sont soumis à validation des instances. Toutefois, la procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas définie. L'établissement ne dispose pas de procédure d'urgences vitales. Aucun numéro d'appel d'urgence n'est affiché dans les salles de soins sur les deux sites. Lors des visites terrain, les soignants ont fait état d'un appel au médecin d'astreinte à l'aide d'un numéro unique non affiché clairement et sans référence à un document formalisé et validé. Les documents d'informations pour les patients et d'aide aux professionnels sont en place et disponible. Les locaux sont anciens mais néanmoins répondent aux besoins des prises en charge. Les outils informatiques sont en nombre et permettent d'assurer la continuité des différents éléments et étapes de la prise en charge. Les interfaces entre professionnels cliniques, logistiques, techniques, pharmaceutiques sont en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres des services de soins se sont saisis des enjeux relatifs à la prise en charge des patients en lien avec les objectifs stratégiques. Elles s'assurent de la conformité de pratiques professionnelles en lien avec les protocoles et procédures définis.

Les cadres des services de soins communiquent à leurs équipes les résultats des indicateurs, assure leur affichage et mettent en place des groupes de travail ou encourage la participation à des réflexions institutionnelles (ex : accueil et entrée du patient, projet de sortie, surveillance alimentaire...). Les cadres facilitent la venue d'équipes expertes (appel au réseau RESPEL pour la mise en place de démarche palliative ou de fin de vie par exemple.....). La participation de certains professionnels aux groupes de travail est effective (référénts hygiène, douleur, soins palliatifs, bientraitance, chutes, pharmacie.....) dans le cadre des actions mises en place, la participation à la définition du compte qualité a été effective au travers de leurs participations aux groupes de travail.

Les professionnels connaissent le circuit de la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS), au regard du bilan de déclaration des EIAS, les experts visiteurs notent une sous déclaration dans ce domaine d'identification des événements (8 EIAS déclarés en 2016).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de présence des professionnels médicaux et non médicaux sont établies. Un tableau de garde est établi. Le corps médical est organisé en astreintes opérationnelles, Il dispose d'un numéro d'appel unique quel que soit le médecin afin de faciliter l'appel. Les praticiens hospitaliers interviennent dans tous les secteurs d'activité. Ce tableau de garde est accessible aux professionnels en salle de soins.

Les compétences des professionnels répondent aux besoins des patients. En journée, les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge (Ides et AS J/N).

Une kinésithérapie respiratoire peut être pratiquée les weekends avec les professionnels libéraux si besoin.

La présence des professionnels soignants est en place et défini. Un guide intitulé « mesures essentielles » définit l'organisation soignante et la répartition des professionnels dans les différents secteurs d'activité et sur les différents postes de travail en cas de procédure dégradée.

Les médecins peuvent se connecter à distance au dossier patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

La formation est organisée en transversal sur les thématiques obligatoires (AFGSU, incendie, AES,), sous forme présentielle soit en interne soit avec un organisme extérieur (identitovigilance, nutrition, hygiène, circuit du médicament, bientraitance, trouble de la déglutition, prise en charge de la personne âgée....). Le livret d'intégration est donné à tout nouvel arrivant lors de l'embauche.

Les ressources documentaires sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire Intranet. Un dispositif d'aide pour les professionnels et d'information pour le patient et les aidants est effectif, des plaquettes peuvent être distribuées et expliquées (sur les examens d'imagerie par exemple) sur la prise en charge gériatrique (solution alternative d'accueil, café mémoire, Alzheimer et dénutrition....).

Les ressources matérielles sont en place, salles de soins, chariot médicaments équipés de matériel informatique, matelas anti escarres en location possible à partir de l'échelle de BRADEN, La communication entre professionnels est facilité un dossier patient informatisé qui permet d'assurer une fluidité entre professionnels intervenant dans la prise en charge.

La prise en charge de l'urgence vitale est effective par les soignants. Le chariot d'urgence est présent, il est scellé et fait l'objet d'une vérification mensuelle tant sur le contenu que sur les péremptions par les IDES. Le DSAE est également contrôlé soit par le cadre, soit par l'IDE le tout est tracé.

Toutefois, les règles de présence du personnel non médical de nuit ne permettent pas d'assurer la permanence des soins 24h/24. L'établissement (d'architecture pavillonnaire)du site de Guérande dispose de 3 IDES pour l'ensemble des activités de médecine (2 unités dont les soins palliatifs), et de soins de suite et de réadaptation et de longue durée. L'unité de soins de longue durée (42 lits) ne dispose pas en propre d'IDE de nuit. L'appel à une IDE d'un des deux services est néanmoins possible selon une

répartition des jours pairs et impairs.

En cas d'infection associée aux soins, la mise en place d'isolement du patient avec le matériel et les consignes sont en place. Une information est faite au patient et son entourage sur les consignes à suivre. La prescription et la traçabilité de son installation et de son suivi est effective dans le dossier informatisé.

Les interfaces sont en place avec notamment le laboratoire situé sur le centre hospitalier de Saint Nazaire CHSN (revue de contrat annuelle et traitement des non conformités), le service de lingerie du CHSN, la cuisine (situé sur le site du Croisic) la pharmacie, les services techniques avec un lien GMAO.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de la prise en charge tient compte des populations accueillies.

La mise en œuvre de la vérification de l'identité du patient est effective dès l'accueil administratif où l'admission est réalisée et se prolonge dans le service d'accueil.

L'accueil du patient est effectué dans l'unité avec les soignants (IDE et AS) : Le déroulé de la prise en charge a été défini selon les étapes de la prise en charge, dans tous les secteurs (médecine, SSR, USLD), après un accueil physique de la personne, présentation de la chambre, de l'organisation du service, l'équipe remet le livret d'accueil, vérifie l'identité du patient et pose un bracelet d'identification.

Un protocole d'entrée rappelle les différents actes à réaliser et permet ensuite la traçabilité de ceux-ci dans le DPI : anamnèse, l'évaluation de la douleur, le poids, la taille, les constantes, en fonction de la pathologie, un ECG peut être pratiqué, une grille de BRADEN pour le dépistage des escarres potentiel et une grille GIR au regard de la population accueillie.

L'évaluation initiale et continue est réalisée par les médecins avec traçabilité dans le dossier des visites et contre visites possible et effectuées ainsi que celles de tous les prestataires intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale, psychologue...) auprès des patients. Le dossier patient informatisé permet l'accessibilité de l'antériorité des passages ou séjours de patients dans l'établissement, des comptes rendus d'examen complémentaires, des transmissions médicales et infirmières.

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif, ils sont recueillis à l'entrée par l'IDE (poids, taille) le calcul de l'IMC est automatisé dans le dossier. Selon les troubles constatés, une stratégie de prise en charge est mise en place en collaboration avec une diététicienne (prescription de substitut protéiné, régime et alimentation adaptée...). Une échelle de BRADEN est réalisée dès l'entrée qui permet la mise en place d'un matelas dynamique si besoin en collaboration avec l'ergothérapeute.

Le Projet Personnalisé et individualisé de Soins PPS ainsi que le projet de vie individualisé en USLD est en place, la traçabilité de sa définition et de sa réactualisation est effective dans le dossier informatisé au moyen de réunions pluri professionnelles ce que confirme l'indicateur IPAQSS « présence d'un projet personnalisé de soins » 2016 en SSR. En unité d'hospitalisation d'addictologie UHA, le PPS fait l'objet d'un contrat entre le patient et le thérapeute dans le cadre du sevrage proposé. Ce contrat se matérialise par un parcours structuré accompagné d'une éducation thérapeutique effective.

Les prescriptions d'examen complémentaires (biologie, radiologie, consultation spécialisées) sont réalisées sur papier et sur informatique. Un courrier accompagne la demande en USLD justifiant l'acte. Les prélèvements de laboratoire sont acheminés au CHSN pour traitement. Les résultats sont transmis dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge, sous forme d'accès à une plateforme de résultats puis par courrier après validation biologique et intégrée dans le Dossier informatisé.

Les demandes d'admission en SSR sont organisées à partir du logiciel Trajectoire. Une réactualisation du dossier patient est effectuée afin d'anticiper le PPS proposé.

La prise en charge de l'urgence vitale est réalisée dans les services par les professionnels sans procédure la définissant. Les chariots d'urgence sont vérifiés mensuellement, ainsi que le DSAE quotidiennement, la traçabilité de ce contrôle est effective.

Les populations spécifiques font l'objet d'une attention particulière : personnes âgées, personne présentant un handicap, en fin de vie ou en soins palliatifs.

Le passage d'une psychologue est possible dans les services, à disposition des patients et/ou des aidants si besoin pour pallier au manque de formation sur la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

L'éducation thérapeutique est réalisée par les IDEs. L'établissement n'est pas autorisé pour des programmes mais dispense des conseils avec remise de supports chez les diabétiques, sur les anti coagulants, sur les prothèses totales de hanche, sur les douleurs chroniques.

L'organisation de la sortie est effective, elle est anticipée dès l'entrée du patient depuis l'élaboration du PPS, en raison des difficultés de place en lit d'aval (EHPAD ou USLD). Elle est conjointement organisée avec l'accord du patient et de son entourage avec l'assistante sociale qui recueille les besoins en matériels et en aide pour les retours à domicile.

Le courrier de sortie est transmis ensuite au médecin traitant.

Les patients traceurs réalisés dans les 4 secteurs attestent de la réalité décrite de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreux indicateurs sont suivis en interne
L'évaluation du processus est effective au travers du recueil :

- des indicateurs nationaux IQSS (TDP MCO et SSR, AVC, HN
- du nombre de fiches évènements indésirables liés aux infections associés aux soins
- des plaintes et réclamations,
- du résultat des questionnaires de satisfaction,
- des audits terrain (hygiène, personne de confiance,),
- du suivi des tableaux de bord institutionnel : activité, SAE, taux d'occupation des lits, nombre de décès,
- des EPP en place : ex : prévention des dénutritions, prévention des chutes, pertinence de l'hospitalisation en SSR...

Un programme d'évaluations est en place avec le réseau RAQESEL qui participe à certaines évaluations (identitovigilance, actes transfusionnels....).

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations font l'objet d'actions d'amélioration. Le suivi de celles-ci sont communiqués auprès des professionnels par affichage et présentation par l'encadrement, la responsable qualité ainsi qu'au travers du journal interne « Le grain de sel ». Les actions identifiées sont intégrées dans le programme d'actions du processus « soins ».

Certaines des actions identifiées dans le compte qualité sont menées à terme (liste de éléments du dossier à fournir lors de transfert, ...) d'autres ont des échéances lointaines ne sont pas initiées.

Le COPIL certification et la CME assure le suivi des actions menées.

La communication vers les usagers est réalisée en comité des usagers, les indicateurs nationaux sont mis à disposition des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Le dépistage du risque suicidaire ne fait pas l'objet de procédure ou protocole identifiant des patients potentiellement à risque ou de signes d'alerte au regard des populations accueillies.</p> <p>Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Il n'a pas été retrouvé d'axes de formation relatifs à cette thématique dans les plans de formation institutionnels. Les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas systématiquement identifiés.</p>	19c
	NC	<p>La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas définie</p> <p>L'établissement ne dispose pas de procédure d'urgences vitales. Aucun numéro d'appel d'urgence n'est affiché dans les salles de soins sur les deux sites. Lors des visites terrain, les soignants ont fait état d'un appel au médecin d'astreinte à l'aide d'un numéro unique non affiché clairement et sans référence à un document formalisé et validé.</p>	18b
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les règles de présence du personnel non médical de nuit ne permettent pas d'assurer la permanence des soins 24h/24.</p> <p>L'établissement du site de Guérande (d'architecture pavillonnaire) dispose de 3 IDES pour l'ensemble des activités de médecine (2 unités dont les soins palliatifs), et de soins de suite et de réadaptation et de longue durée.</p> <p>L'unité de soins de longue durée (42 lits) ne dispose pas en propre d'IDE de nuit. L'appel à une IDE d'un des deux services est néanmoins possible selon une répartition des jours pairs et impairs. Dans le cas où un problème surviendrait sur deux sites à la fois, un des deux attendra la disponibilité de l'IDE, d'autant que le médecin est en astreinte donc pas sur place.</p>	18a

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

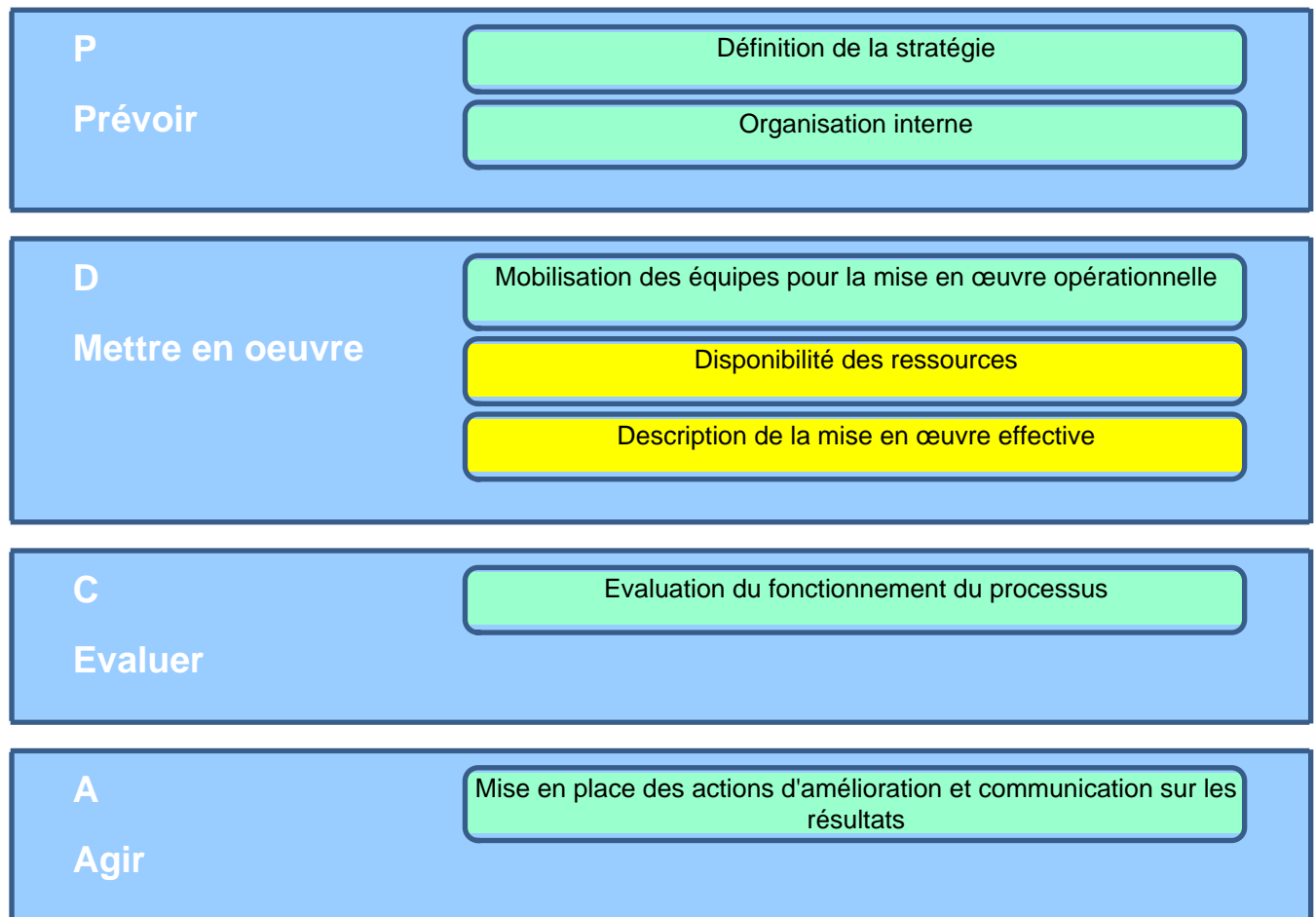
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de prise en charge de la douleur dans le projet médical 2012-2016. Le projet médical 2017-2020 est en cours d'élaboration notamment dans le cadre du GHT. En 2017, l'établissement a réactualisé sa politique de prise en charge de la douleur à travers la procédure de prise en charge de la douleur qui fixe les cibles à atteindre ; cibles reprises dans le PAC et dans le compte-qualité. Lors de l'élaboration du compte qualité, le CLUD a identifié deux risques prioritaires et un risque à surveiller. Les actions d'amélioration, définies par les pilotes, sont dans le PAC "soins" de l'établissement. L'élaboration du compte qualité a fait l'objet d'une réunion en CLUD. A cette réunion, 5 référents étaient présents. Le CLUD est composé de 19 IDE et AS, représentant chaque service. Trois actions dont l'échéance est fixée en 2019/2020 correspondent à un risque prioritaire. Deux actions ont une échéance à 2019 et concernent des évaluations de pratique : suivi d'un indicateur semestrielle et "Réaliser une enquête de pratique sur la prise en charge de la douleur". La dernière "diffuser l'échelle DN4 pour mieux évaluer la douleur neurologique", est fixée en 2020 car le CLUD se concentre sur l'augmentation d'utilisation de l'échelle EVA/EVN. Il existe dans le livret d'accueil remis au patient une partie concernant la prise en charge de la douleur. Le contrat d'engagement de la DHOS est inclus également dans celui-ci. En revanche, les professionnels ne sont pas tous appropriés les enjeux et objectifs d'amélioration. En effet, l pilotes, les référents douleurs présents ne connaissaient pas les risques prioritaires et à surveiller.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est un médecin du service de SSR du site de Guérande. Ce praticien est également président du CLUD. Lors de la rencontre relative au pilotage de ce processus cinq référents douleurs étaient également présents. Il existe des référents douleurs dans tous les services de l'établissement y compris sur le site du Croisic. L'instance chargée de ce processus au sein de l'établissement est le CLUD qui a été réactivé en 2017. Cette réactivation du CLUD figurait d'ailleurs dans le plan d'action élaboré pour le compte qualité. Des procédures concernant ce processus ont été définies, formalisées et validées. Elles sont mise en ligne sur l'intranet de l'établissement. Il existe un plan de formation sur cette thématique. Le matériel nécessaire pour la prise en charge de la douleur a été identifiée. Il existe une interface avec la pharmacie dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse de la douleur et avec les services cliniques par l'intermédiaire des référents douleurs. L'interface avec la direction est réalisée via la directrice des soins qui est membre du CLUD.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels des services sont sensibilisés à la prise en charge de la douleur via le président du CLUD, les cadres et les référents douleur. La réalisation des patients traceurs montrent que toutes les catégories professionnelles sont mobilisées selon leur compétences à la prise en charge de la douleur comme par exemple les aides soignantes, les ergothérapeutes ou les kinésithérapeutes.

Les aides soignantes sont sensibilisées à l'évaluation de la douleur lors des soins.

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante des objectifs du service de médecine C qui héberge les lits de soins palliatifs.

Les professionnels sont particulièrement sensibilisés à la traçabilité de l'évaluation de la douleur au regard des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins. Un affichage de l'audit semestriel est réalisé notamment dans les salles de détente des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En l'absence de réunion de CLUD en 2016, il n'a pas été possible de construire un support pour des formations en interne.

Il existe une formation douleur en gériatrie proposée aux soignants. 5 soignants ont été formés en 2013, 11 en 2014, 2 en 2015, 4 en 2016 et 2 en 2017. Une référente douleur est titulaire d'un diplôme universitaire sur la douleur. Une formation sur l'utilisation de l'échelle Algo plus a eu lieu en 2014. De nombreux professionnels ont reçu une formation relative à la pratique du toucher/massage.

Des formations concernant les soins palliatifs sont réalisées par le réseau de soins palliatifs (RESPEL). Le contenu des formations comprend une composante douleur.

Des formations/actions n'ont pas été mises en œuvre récemment dans les secteurs d'activité auprès des professionnels. Des formations sont prévues, cependant peu de professionnels ont été formés. Lors des investigations dans les services et lors des patients traceurs, les professionnels présents ne faisaient pas état de formation récente sur la prise en charge de la douleur. Une formation universitaire pour le

président du CLUD est prévue mais sa réalisation est difficile en raison des disponibilités et du fonctionnement à l'auto remplacement.

Les professionnels ont accès à des protocoles leur permettant de prendre en charge les situations rencontrées dans l'établissement. Ces documents sont disponibles sur l'intranet de l'établissement.

Les professionnels ont le matériel et les outils nécessaires pour la prise en charge de la douleur. Ils disposent notamment des échelles EVA et Algo plus pour l'évaluation de la douleur. Ils peuvent réaliser la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient informatisé dans l'onglet paramètre.

Les professionnels ont accès à des plaquettes d'information sur la douleur qui leur sont destinées et à des plaquettes d'information destinées aux patients notamment une plaquette d'information générale à destination des patients et des résidents et une plaquette d'information sur les traitements morphiniques.

Les professionnels dispose de la fiche papier institutionnelle pour la déclaration d'événements indésirables sur cette thématique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels évaluent la prise en charge de la douleur systématiquement à l'admission, lorsque le patient évoque une sensation douloureuse ou après la prise d'un traitement antalgique.

Les médecins assurent la prescription informatisée des traitements antalgiques comme pour tous les autres médicaments. Des prescriptions conditionnelles sont réalisées dans ce domaine permettant aux infirmières de soulager la douleur à tout moment.

La réalisation des patients traceurs montrent que toutes les catégories professionnelles participent selon leurs compétences à la prise en charge de la douleur comme par exemple les ergothérapeutes sur les positions antalgiques ou les kinésithérapeutes. Les soins douloureux sont identifiés et donc pris en compte en amont de leur réalisation par une prise en charge anticipée de la douleur.

Cependant, la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient n'est pas systématiquement assurée. Les résultats des indicateurs IPAQSS de 2014 et 2016 sur cette thématique montre que la traçabilité de cette évaluation n'est pas satisfaisante. En effet, les indicateurs nationaux IPAQSS sur la douleur pour les années 2014 et 2016 ne sont pas bons. Les indicateurs sont mis à disposition des professionnels dans les salles de détente. Les plaquettes d'information sont disponible notamment la plaquette d'information générale à destination des patients et des résidents et la plaquette d'information sur les traitements morphiniques pour les patients concernés. Le CLUD dispose d'un règlement intérieur rédigé et validé en 2012. Celui-ci ne s'est pas réuni lors de l'année 2016 mais a été réactivé en 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Depuis 2011, chaque année, une évaluation des pratiques concernant la prise en charge de la douleur a été réalisée. D'autres méthodes d'évaluation des pratiques, notamment l'appropriation par les professionnels des échelles spécifiques, ont été déployées :

- le suivi d'indicateurs sur la base d'audits ciblés. Cette méthode a été déployée 9 fois depuis 2011. Les dernières datent de janvier 2014, juillet 2014, juillet 2015, et janvier 2017. L'audit ciblé est réalisé par les référents douleur, membre du CLUD.

- les indicateurs IQSS de 2011, 2014, 2016 sont venus alimenter l'EPP douleur.

Un audit semestriel relatif à l'évaluation de la douleur est mené en 2017. Les résultats de ce dernier audit sont affichées dans les salles de détente des soignants. Il existe une fiche papier pour le recueil d'événements indésirables. Le suivi du PAC comprenant le plan d'actions du CLUD est présenté, avec indicateur de suivi, chaque année en CME. L'établissement n'a pas réalisé d'EPP en la matière. En effet, il n'y a pas d'EPP depuis 2011. Ceci a été confirmé lors de la rencontre des professionnels et à l'occasion des patients traceurs. Cette EPP avait été réalisée avec le réseau RAQUESEL. L'établissement est actuellement en attente d'une EPP proposée par ce même réseau.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place par l'établissement suite à la réactivation du CLUD en 2017. La mise à disposition de l'échelle Algo plus a permis une meilleure appropriation par les professionnels et notamment les AS dans le cadre des soins douloureux avec une meilleure anticipation de ceux-ci. L'évaluation de cette pratique est à réaliser. En USLD, la sensibilisation des professionnels a permis d'améliorer la recherche systématique de la douleur devant les troubles du comportement. Des échanges avec le réseau de soins palliatifs dans sa composante douleur ainsi qu'un accès à la banque de données du GEFP est possible et réalisé. La communication est réalisée en interne par l'encadrement et

les référents douleur.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Les professionnels ne sont pas tous appropriés les enjeux et objectifs d'amélioration. Lors de la rencontre des pilotes, les référents douleurs présents ne connaissaient pas les risques prioritaires et à surveiller.	12a
D / Disponibilité des ressources	NC	Des formations/actions n'ont pas été mises en œuvre récemment dans les secteurs d'activité auprès des professionnels. Des formations sont prévues cependant peu de professionnels ont été formés. Lors des investigations dans les services et lors des patients traceurs les professionnels présents ne faisaient pas état de formation récente sur le prise en charge de la douleur. Une formation universitaire pour le président du CLUD est prévue mais sa réalisation est difficile en raison des disponibilités et du fonctionnement à l'auto remplacement.	12a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient n'est pas systématiquement assurée. Les résultats des indicateurs IPAQSS de 2014 et 2016 sur cette thématique montre que la traçabilité de cette évaluation n'est pas satisfaisante. En effet les indicateurs nationaux IPAQSS sur la douleur pour les années 2014 et 2016 ne sont pas bons. les indicateurs sont mis à disposition des professionnels dans les salles de détente".	12a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas réalisé d'EPP en la matière. Il n'y a pas d'EPP depuis 2011. Ceci a été confirmé lors de la rencontre des professionnels et à l'occasion des patients traceurs. Cette EPP avait été réalisée avec le réseau RAQUESEL. l'établissement est actuellement en attente d'une EPP proposée par ce même réseau.	12a

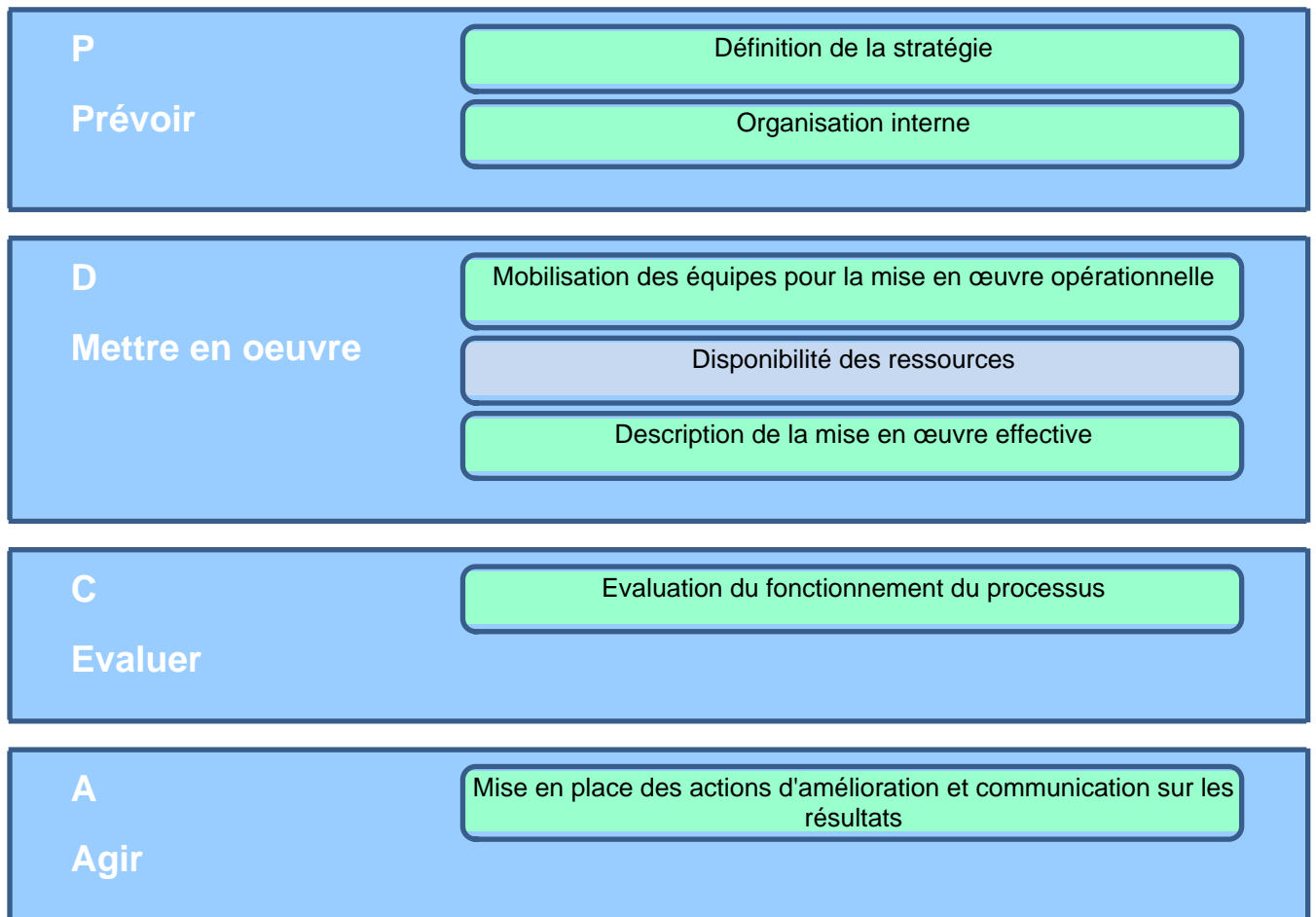
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a identifié ses besoins selon deux axes :

- Par la préparation de l'informatisation du dossier patient qui a donné lieu à la définition d'un plan d'action et permis d'initier le programme d'amélioration continue « DPI », en particulier sur l'aspect formation.
- D'autre part dans le cadre de l'élaboration du compte qualité.

Le compte qualité, basé sur une analyse des risques selon la méthodologie régionale du réseau qualité santé territorial, a été élaboré par le groupe de pilotage dossier patient. Il a permis de définir des risques. Les données prises en compte pour identifier les besoins ont été les événements indésirables et les besoins de sécurisation du circuit du médicament.

Le programme d'action lié à la gestion des risques a été élaboré dans le cadre du compte qualité. Il identifie et priorise les actions correspondantes. Les actions relevant du compte qualité sont repérées comme telles dans le programme d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Les questions posées par le dossier patient informatisé sont présentées en CME (Deux fois en 2017).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est organisé. Il repose sur un Comité de pilotage « Copil dossier patient » managé par une équipe pluri-professionnelle composée du médecin référent DIM, du référent dossier patient informatisé (référent DPI) de l'établissement, du responsable du Système d'Information SI, de la directrice des soins et de la responsable qualité. La préparation des dossiers présentés au Comité de pilotage est assurée par la référente qualité et la directrice des soins.

Les ressources mises à disposition répondent aux besoins de l'établissement :

- Ressources matérielles (réseau Wi-Fi, ordinateurs, chariots,...)
- Ressources en personnel avec en particulier le « référent DPI » et l'équipe informatique du CH.

Les protocoles de gestion du DPI et du dossier « papier » sont à disposition des équipes dans la gestion documentaire.

Des formations sont effectives en vue de la bonne utilisation du DPI au plan de formation d'une part et d'autre part par l'intermédiaire du référent DPI. Un guide est prévu pour la formation des nouveaux arrivants.

Les interfaces avec les secteurs de soins, utilisateurs du dossier patient sont assurées par le comité de pilotage dossier patient et le référent DPI au Copil DPI.

Les dispositions permettant l'accès du patient à son dossier sont en place : dispositions matérielles et protocoles adéquats.

Le logiciel « dossier patient » et les moyens matériels correspondants font l'objet d'une maintenance de la part de la Direction du Système d'information qui comporte deux personnes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés en vue de la qualité de la gestion du dossier patient par le Copil DPI et le référent DPI qui est membre du Copil DPI. Le Copil DPI se réunit en moyenne trois fois par an.

Le Copil DPI et les pilotes du groupe disposent des moyens suivants pour évaluer l'action et assurer les actions correctives auprès des personnels :

- Fiche d'événements indésirables qui portent souvent sur la disponibilité des moyens matériels,
- Suivi des demandes d'intervention qui sont recensées dans un cahier unique,
- Enquête de satisfaction faite en 2017 à propos du système d'information dans son ensemble.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose d'une équipe informatique présente les jours ouvrables. Il n'y a pas d'astreinte informatique mais une procédure dégradée est en place en cas de panne informatique.

Les professionnels disposent des ressources documentaires permettant de gérer le dossier patient :

1 - Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées :

- « Règlement intérieur Dossier patient »
- « Guide d'utilisation du DPI »,
- « Plan de continuité d'activités DPI – mode dégradé »,
- « archivage du dossier patient »,...

Ces règles comprennent : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, accessibilité,...

2 - Les formations au logiciel DPI sont prévues au plan de formation en particulier le cadre du développement de l'applicatif (exemple en 2015 : formation à l'application tableau de bord) et par

interventions du référent DPI qui a pour mission d'accompagner les professionnels à l'utilisation du logiciel. Ces interventions sont tracées.

Le dossier patient à l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île de Guérande est un dossier unique composé d'un volet informatique et d'un volet « papier ». Le dossier de référence est le dossier informatique (DPI) qui ne comporte pas de double papier. L'établissement procède au scannage de documents parvenus ou initialement connus que sous forme « papier » selon une liste préétablie, protocolisée.

Les interfaces entre professionnels concernées sont organisées : secrétariat médical, service informatique qui participe au COPIL. L'interface entre le logiciel DPI et le logiciel de gestion des admissions est assuré.

Le DPI est organisé pour suivre l'ensemble des prises en charge (Observations médicales, prescriptions, plans de soins et transmissions ciblées, suivi des examens et des interventions des professionnels médico-techniques). Seules les images et les documents figurant sur la liste des documents du "dossier papier" ne figurent pas au DPI. La transmission du dossier patient aux usagers qui le demandent est organisée: le médecin du service d'hébergement du patient demandeur est le médecin référent du patient.

L'action du Copil DPI et les questions posées par le DPI sont traitées en CME.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier « papier » est organisé et classé dans les unités de soins. Les éléments de dossier non scannés ou non scannables tels que l'imagerie ou certains documents tels que les documents émanant du patient et comportant leur signature (exemple : inventaire des biens et valeurs) figurent au dossier « papier ».

La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge dans le dossier patient est assurée : Le dossier comporte les observations médicales et soignantes, les prescriptions et les résultats des examens. Les équipes « transversales » (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistant(e)s sociales,...) écrivent toutes systématiquement dans le DPI. Les données sont disponibles en temps utile pour les professionnels grâce à l'informatisation de l'ensemble des données citées du DPI.

L'observation des dossiers dont celle faite dans le cadre des « patients traceurs » montre en particulier que les professionnels veillent à saisir les données relatives aux directives anticipées et à la personne de confiance. En cas de panne du système, il a été observé que les procédures dégradées d'accès au dossier patient sont connues grâce à l'information qui a été faite dans les services et des conditions d'accès à la gestion documentaire correspondante.

Les correspondants externes qui le souhaitent peuvent être informés des prises en charge effectuées par utilisation d'une messagerie sécurisée. (MS Santé).

La tenue du dossier patient en SSR et médecine est conforme aux attendus nationaux.

Le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation est conforme en SSR. Toutefois, le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation aux correspondants externes n'est pas conforme aux recommandations nationales en Médecine et n'est pas assuré en temps utile. L'Indicateur IPAQSS "Délai d'envoi des comptes-rendus de fin d'hospitalisation" en Médecine présente une non conformité avec un délai supérieur à 8 jours et des manques d'éléments nécessaires à la coordination d'aval (dans 60% des cas).

La transmission du dossier patient aux usagers qui le demandent est assurée, sauf cas exceptionnel, dans les délais prescrits par la réglementation. Le délai moyen d'envoi du dossier patient aux demandeurs est conforme aux recommandations nationales.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dossier patient est évalué par l'intermédiaire des indicateurs « Indicateurs pour l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins développés par la HAS (IPAQSS) ».

Les délais de transmission des dossiers aux patients sont eux aussi régulièrement évalués. La CDU vérifie régulièrement ce point. Les indicateurs correspondants figurent dans son rapport.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont effectives selon plusieurs voies:

- Par l'intermédiaire de la politique du système d'informatisation du dossier patient. Les actions sont en cours. On peut citer à ce titre la mise en place de la fonction tableau de bord sur le logiciel DPI, le fenêtrage de l'application,...
- Des actions correctives mises en œuvre en tant que de besoin dans le cadre du plan qualité dossier patient, éventuellement suite à un événement indésirable.

Les actions sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

Plusieurs exemples peuvent être cités pour 2017: définition des procédures dégradées en cas de panne du système, paramétrage de la conciliation médicamenteuse dans le DPI.

La communication des résultats des indicateurs et actions en place est réalisé en interne auprès des

professionnels par l'encadrement et en externe auprès de la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation aux correspondants externes n'est pas toujours assuré en temps utile.</p> <p>L'Indicateur IPAQSS "Délai d'envoi des comptes-rendus de fin d'hospitalisation" en Médecine présente une non conformité avec un délai supérieur à 8 jours et des manques d'éléments nécessaires à la coordination d'aval (dans 60% des cas).</p>	14a

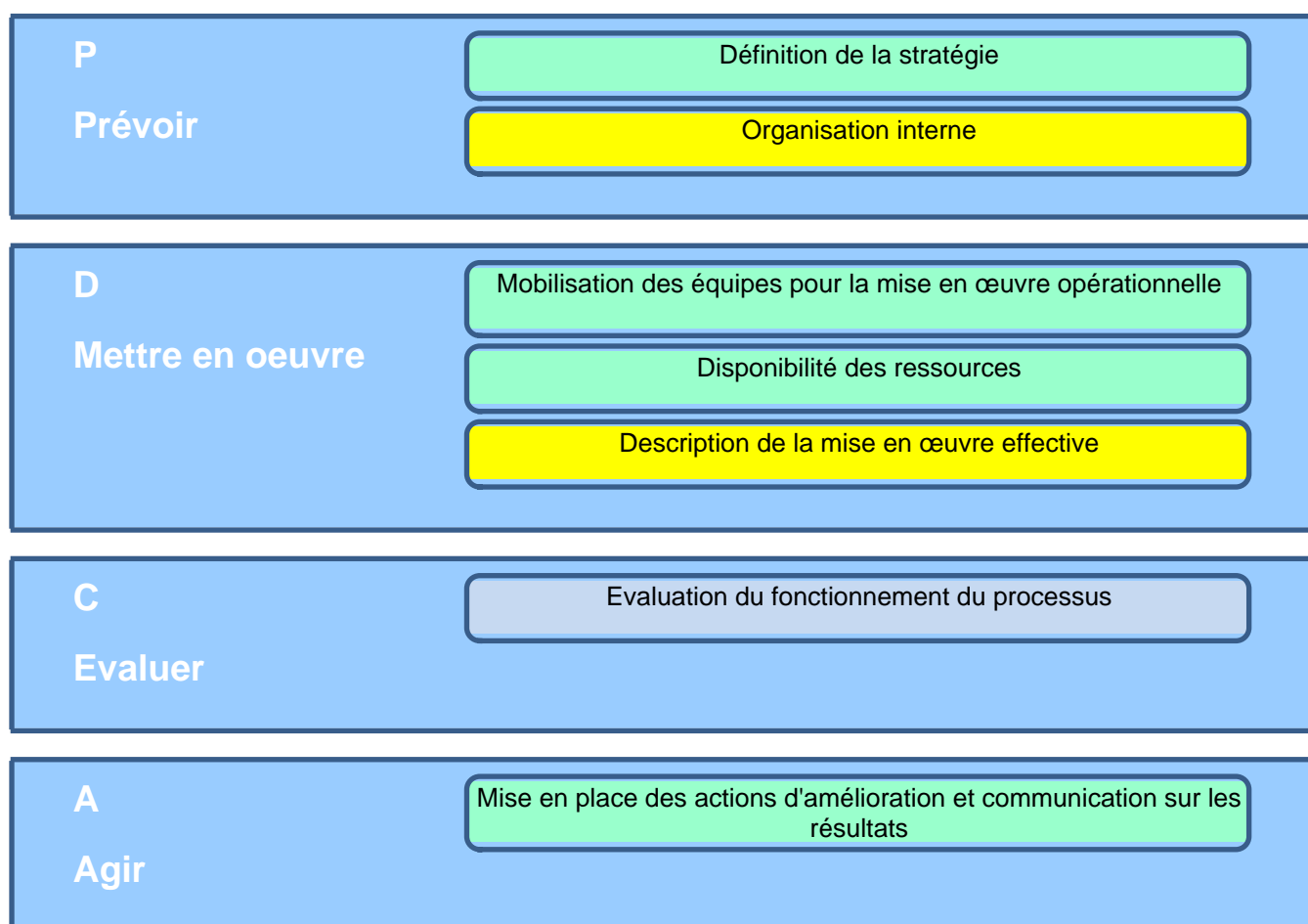
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Une stratégie existe dans le projet médical, le projet d'établissement, le projet qualité risque et le projet pharmaceutique. La prise en charge médicamenteuse a été divisé en 10 sous processus et une identification des points critiques sur chaque sous processus a été réalisée. Cette méthodologie a été validée en COPIL qualité risques et CME. L'établissement est également parti du PAQ Médicaments pour définir les risques sur la prise en charge médicamenteuse. Les pilotes ont, sur la base du programme d'amélioration continue de la qualité, c'est à dire le plan d'actions existant, sélectionné les actions d'amélioration prioritaires et précisé les risques correspondants. Pour chaque risque, une cotation a été proposée et les échéances ont été redéfinies. L'établissement avait utilisé Sécurimed, en 2012, pour initier la démarche d'identification des risques. Le compte qualité a été réalisé par les pilotes, retravaillé en PAQ médicamenteux puis présenté en CME. Les référents du PAQ médicament ont adressé un message à tous les soignants sur le DPI en refixant les axes d'amélioration qui sont pour la plupart dans le compte qualité. Le PAQ médicament travaille, par ailleurs, sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient. Le PAQ médicament se réunit en moyenne 2 à 3 fois par an. De 2017 jusqu'au moment de la visite, il s'est réunit à 2 reprises. Les réunions du PAQ médicament font l'objet de comptes rendus. Concernant la communication sur l'identification des risques, les pilotes ont mis l'accent sur le fait qu'elle était issue des EI déclarés, de l'audit RAQUESEL en 2016 et des actions d'amélioration prioritaires du PAQSS. Il existe un manuel qualité réactualisé en 2017. Toutefois, la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient formalisée par l'établissement n'intègre pas toutes les composantes de la prise en charge. Il n'y a pas de politique d'affichage des listes de médicaments à risque au niveau des armoires à pharmacie. Lors des visites de services, les agents présents ne connaissent pas précisément la définition des médicaments à risques et l'intérêt de les identifier. Par ailleurs, la politique de prise en charge des médicaments n'inclut pas le notion de Never events.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes de la thématique sont une pharmacienne de la PUI et la responsable assurance qualité de l'établissement.

L'instance validante est le PAQ médicament qui fait office de COMEDIMS.

Les besoins en termes de ressources humaines ont été identifiés notamment concernant les ressources au niveau de la PUI.

La pharmacienne pilote de la thématique. Elle est également référent antibiotique. Le temps consacré à cette activité n'est pas défini. Le pharmacien référent évalue cette activité à une journée par semaine.

La RAQ est par ailleurs également responsable du management de la prise en charge médicamenteuse.

Un plan de formation est organisé sur le circuit du médicament pour l'ensemble des professionnels.

Il existe depuis juin 2017, une seule pharmacie sur le site de Guérande suite à la fusion des PUI du site du Croisic et de celui de Guérande.

Les préparateurs sont présents de 8h30 à 16h30 et les pharmaciens de 8h30 à 18h30. La pharmacie est fermée la nuit et les week-end.

Les services ont des dotations régulièrement mises à jour et qui sont très similaires pour l'ensemble des services.

En cas de manque d'un médicament, un "dépannage" (fréquence 6 dépannages/an) dans les autres services est la solution privilégiée. A défaut le médecin de garde vérifie si on peut substituer le médicament. En cas de non possibilité de remplacement du médicament prescrit, un "dépannage" est organisé avec la pharmacie du Centre Hospitalier de Saint Nazaire (CHSN) ou à défaut avec une officine de ville. Ce "dépannage" est organisé sous l'autorité de l'administrateur de garde. L'ordonnance prescrite par le médecin est faxée à la pharmacie qui assure le dépannage.

Il existe une dotation centralisée dans une armoire à pharmacie fermée et scellée située dans un local lui même fermé à clé et se trouvant en face de la pharmacie. Ce local est uniquement accessible au médecin de garde qui dispose de la clé.

La liste des prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie.

Il existe des interfaces avec les secteurs cliniques via le DPI et avec le laboratoire du CHSN via le serveur de résultats.

Les règles d'étiquetage et de rangement des médicaments ne sont pas totalement formalisées.

Il existe un problème d'identification des médicaments et des pratiques hétérogènes dans les services.

A la PUI, les médicaments à risque sont identifiés parfois par une étiquette validation pharmaceutique et parfois une étiquette médicament à risque. La terminologie des médicaments à risque pour la pharmacie n'est pas systématiquement la même que pour les services. Ainsi par exemple, un médicament à un stock faible est considéré à risque par la pharmacie. Si un médicament est demandé, en l'absence de la pharmacienne, et que le médicament est étiqueté "médicament à risque" pour la pharmacie, les préparateurs doivent prévenir la pharmacienne pour ne pas bloquer la délivrance.

Le rangement dans les armoires à pharmacie peut présenter des variations selon les services. Concernant le rangement des armoires à pharmacie, on peut trouver, dans le même casier, derrière un médicament un autre différent du premier. La signalisation concernant cette coexistence de 2 médicaments différents est hétérogène, voir inexistante. L'existence d'un médicament derrière une autre est repéré au SSR Croisic par une pastille rouge. Il n'y a aucun mode de repérage en médecine A, par exemple.

Le traitement personnel du patient est systématiquement retiré. Il est remis à la famille ou bien stocké dans le service dans un contenant identifié avec l'étiquette du patient. Toutefois, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus mais n'est pas totalement organisée. A la sortie du patient, son traitement personnel lui est rendu dans son intégralité sans prendre en compte le traitement de sortie sauf dans le service d'addictologie et sans systématiquement remettre le message prévu par l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge médicamenteuses par les cadres des services, les pharmaciens et la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Les résultats de l'audit RAQUESEL ciblé notamment sur l'entrée et la sortie du patient sont communiqués aux professionnels. Les professionnels des services sont également sensibilisés à la nécessité de réaliser la préparation des médicaments dans des conditions qui permettent de ne pas interrompre cette activité.

Les actions identifiées suite aux résultats des audits sont partagées avec les professionnels.

Il existe également une mobilisation sur différents aspects de la prise en charge médicamenteuse comme par exemple sur le traitement personnel et la gestion des demi-comprimés. Les médecins sont particulièrement sensibilisés à la rédaction du traitement de sortie des patients.

Les professionnels sont également sensibilisés à la déclaration des événements indésirables via la fiche papier institutionnelle.

Toutefois, le recueil des erreurs médicamenteuses n'est pas systématiquement assuré avec les professionnels concernés. Les déclarations d'événements indésirables sur la prise en charge médicamenteuse ainsi que les déclarations d'erreurs médicamenteuses sont très peu réalisées et de fait peu nombreuses. Aucun agent interviewé n'a réalisé de déclaration d'événements indésirables ou d'erreurs médicamenteuses. Le nombre de FEI médicament était de 1 en 2014 avec 1 CREX Alarm facil, 8 en 2015 avec 5 arbres des causes, 1 analyse PAQ et 2 FEI en 2016 avec arbres des causes.

Un agent a déclaré avoir fait une erreur médicamenteuse (erreur de patient) et en avoir parlé immédiatement au médecin. L'erreur étant sans conséquence donc elle n'a pas été déclarée.

Les professionnels rencontrés ne connaissaient pas la définition des Never Events.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs de la PUI comprennent 2 pharmaciens correspondant à 1,5 ETP. 1 pharmacien est à 1ETP et un autre a une activité 2 jours par semaine mais également à temps plein lors des congés de son collègue. Ils comprennent aussi 4 préparateurs formés et une remplaçante ce qui correspond au total à 4 ETP. Les préparateurs sont présents de 8h30 à 16h30 et les pharmaciens de 8h30 à 18h30. La pharmacie est fermée la nuit et les week-end. L'analyse pharmaceutique est réalisée par la pharmacienne pendant les heures d'ouverture de la PUI. Les cliniciens disposent des commentaires du pharmacien réalisés lors de l'analyse pharmaceutique et des messages transmis via la messagerie. Les commentaires sont également visibles pour les infirmières sur les ordonnances imprimées. Pour certains médicaments, ils disposent d'informations qui apparaissent systématiquement lors de la prescription. Ils ont également la possibilité de savoir dans les commentaires si un document d'information au patient est disponible sur le médicament prescrit. Pour l'analyse pharmaceutique les pharmaciens ont accès aux données médicales via le dossier patient informatisé et aux données biologiques via le serveur de résultat du laboratoire du Centre hospitalier de Saint-Nazaire. Des outils d'aide à la prescription sont disponibles. Les prescripteurs ont la possibilité d'accéder à la base de données Claude Bernard. Quelques protocoles sont disponibles dans le DPI. Pour les antidotes, il y a un rappel des posologies. Pour les médicaments injectables les modalités de dilution sont également accessibles. Un pharmacien étant référent antibiotique, les prescripteurs disposent également de commentaires sur la posologie, les indications, la durée du traitement des antibiotiques et les recommandations actuelles de bonne pratique. Des actions de formation ont été entreprises sur le circuit du médicament pour les professionnels médicaux et non médicaux. Des médecins et pharmaciens ont été formés sur l'interprétation des antibiogrammes. Une formation sur la validation des prescriptions et la conciliation médicamenteuse a été réalisée pour les 2 pharmaciens. Des professionnels ont été formés, depuis 2013, sur la sécurisation du circuit du médicament. Cette formation comprend une partie consacrée aux erreurs médicamenteuses. Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées. Les professionnels sont formés régulièrement. Des actions de formation ont été entreprises sur le circuit du médicament pour les professionnels médicaux et non médicaux » : 72 agents ont été formés depuis la dernière certification, soit 22% des IDE et AS/ASHQ. une formation a été réalisée sur les psychotropes ; elle date de 2014 et 5 médecins sur les 7 actuellement présents ont été formés. Néanmoins, des actions de formation ne sont pas régulièrement menées. En effet, les formations concernant la prise en charge

médicamenteuse des personnes âgées ne sont ni initiées, ni identifiées au sein du plan de formation institutionnel, et ne répondent pas aux besoins des personnes accueillies. L'établissement dispose sur le site de Guérande d'une seule pharmacie depuis juin 2017 suite à la fusion avec celle du site du Croisic. Une inspection de la pharmacie a eu lieu le 08/03/2017 suite à cette fusion. Les locaux de la pharmacie sont conformes et environ 90% des actions demandées ont été mises en place. Les services disposent de dotations régulièrement mises à jour et qui sont très similaires pour l'ensemble des services. Les professionnels ont accès à toutes les procédures via l'intranet de l'établissement. Il existe notamment une procédure générale sur le circuit du médicament qui décrit les règles applicables à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont appliquées par les médecins. La prescription est informatisée pour 100 % des séjours. Toutes les lignes de prescription sont analysées par le pharmacien avec commentaires si nécessaire et message dans le DPI. Dans l'analyse pharmaceutique, il y a un rappel sur les posologies en cas de médicaments à risque, un rappel sur les prescriptions au livret du médicament (la plupart des médecins gardent les médicaments du livret, transformation en générique systématiquement), une information quand il y a des plaquettes d'information sur les médicaments, un rappel des posologies pour les antidotes, sur les gélules ouvrables et les médicaments sécables. Le pharmacien dispose d'un fichier où sont notées les analyses en attente. Le pharmacien prend en compte la fonction rénale par l'intermédiaire de la clairance. L'accès au DPI permet par ailleurs également de tenir compte pour certains patients des problèmes de déglutition. Les règles concernant la prescription et la dispensation des stupéfiants sont respectées. Les règles d'administration sont définies. Cependant, les pratiques ne permettent pas toujours de sécuriser l'identification des médicaments. En effet, les pratiques d'étiquetage des piluliers dans les chariots de médicament ne sont pas identiques dans tous les services. Dans plusieurs services, les piluliers dans les chariots de médicaments sont identifiés par des étiquettes de couleur différente sur lesquelles sont manuscrites le nom des patients, pas toujours le prénom et jamais la date de naissance. Les piluliers côté fenêtre identifiés par un F sont rangés avant les piluliers côté porte identifiés par un P. De plus, les règles d'étiquetage ne sont pas systématiquement conformes pour les seringues de Lovenox. Dans un service, il a été observé que les seringues de Lovenox étaient identifiées avec un marqueur par le numéro de la chambre avec la précision F ou P pour les chambres à 2 lits et l'heure d'injection sans précision du nom du patient. Les résultats IQSS 2016 montre pour le critère "Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation" un résultat de 81%. La validation de la distribution du traitement est assurée dans le DPI. L'autonomie du patient est évaluée. En cas de non prise du traitement, l'IDE décoche sa validation et l'autonomie du patient est réévaluée. Pour certains patients, une surveillance particulière est assurée en collaboration avec les aides-soignants : un acte « surveillance de la prise » est prescrit afin qu'il figure sur les plans de soins des AS et IDE. Tous les avis pharmaceutiques sont tracés; ce qui permet la mise en place et le suivi d'indicateurs internes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un document synthétique concernant l'activité de la pharmacie et un tableau de bord présenté en CME. Les résultats des IPAQSS prescriptions médicamenteuses et traitement de sortie sont recueillis et les valeurs de ceux-ci sont très bons. La pharmacie a mis en place des indicateurs internes comme le nombre de prescription, le nombre de validation, le nombre de non validation et le nombre de message envoyé aux médecins via la messagerie. Il existe un suivi des réévaluations des antibiotiques (tableau Excel) avec restitution des résultats en fin d'année. Dans le retour fait aux médecins une différence est faite entre traitement revu et réévalué. Il existe une moins bonne réévaluation des antibiotiques au SSR Croisic en raison de la présence de médecins généralistes moins sensibilisés à cette pratique. L'établissement a choisi de réaliser des audits de la prise en charge médicamenteuse ciblés sur les étapes d'entrée et de sortie des patients, étapes non prises en compte par Securimed. Une analyse des causes est faite systématiquement pour le EI et erreurs médicamenteuses déclarées. Des actions d'amélioration relatives à la prise en charge médicamenteuses sont mises en oeuvre. Un travail avec les professionnels a été réalisé par exemple sur l'interruption des soins et notamment la préparation des médicaments au sein des services. Des tenues spécifiques sont utilisées lorsque ces activités sont réalisées et des affiches sont positionnées du côté extérieur des portes des salles de préparation des soins. Le téléphone est par ailleurs confié aux autres professionnels du service.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et

actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient formalisée par l'établissement n'intègre pas toutes les composantes de la prise en charge. Il n'y a pas de politique d'affichage des listes de médicaments à risque au niveau des armoires à pharmacie. Lors des visites de services, les agents présents ne connaissent pas précisément la définition des médicaments à risques et l'intérêt de les identifier. Par ailleurs, la politique de prise en charge des médicaments n'inclut pas le notion de Never events.	20a
P / Organisation interne	NC	La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus mais n'est pas totalement organisée. A la sortie du patient, son traitement personnel lui est rendu dans son intégralité sans prendre en compte le traitement de sortie et sans systématiquement remettre le message prévu par l'établissement sauf dans le service d'addictologie.	20a bis
	NC	Les règles d'étiquetage et de rangement des médicaments ne sont pas totalement formalisées. Il existe un problème d'identification des médicaments et des pratiques hétérogènes dans les services. A la PUI, les médicaments à risque sont identifiés parfois par une étiquette validation pharmaceutique et parfois une étiquette médicament à risque. La terminologie des médicaments à risque pour la pharmacie n'est pas systématiquement la même que pour les services. Ainsi par exemple, un médicament à un stock faible est considéré à risque par la pharmacie. Si un médicament est demandé, en l'absence de la pharmacienne, et que le médicament est étiqueté "médicament à risque" pour la pharmacie, les préparateurs doivent prévenir la pharmacienne pour ne pas bloquer la délivrance. Le rangement dans les armoires à pharmacie peut présenter des variations selon les services. On peut trouver dans le même casier derrière un médicament un autre différent du premier. La signalisation concernant cette coexistence de 2 médicaments différents est hétérogène, voir inexistante. L'existence d'un médicament derrière une autre est repéré au SSR Croisic par une pastille rouge. Il n'y a aucun mode de repérage en médecine A par exemple.	20a
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Le recueil des erreurs médicamenteuses n'est pas systématiquement assuré avec les professionnels concernés. Les déclarations d'événements indésirables sur la prise en charge médicamenteuse ainsi que les déclarations d'erreurs médicamenteuses sont très peu réalisées et de fait peu nombreuses. Aucun agent interviewé n'a réalisé de déclaration d'événements indésirables ou d'erreurs médicamenteuses. Le nombre de FEI médicament était de 1 en 2014 avec 1 CREX Alarm facil, 8 en 2015 avec 5 arbres des causes, 1 analyse PAQ et 2 FEI en 2016 avec arbres des causes. Un agent a déclaré avoir fait une erreur médicamenteuse (erreur de patient) et en avoir parlé immédiatement au médecin. L'erreur étant sans conséquence donc elle n'a pas été déclarée. Les professionnels rencontrés ne connaissaient pas la définition des Never Events.	20a
D / Disponibilité des ressources	PS	Des actions de formation ne sont pas régulièrement menées. Les formations concernant la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées ne sont ni initiées, ni identifiées au sein du plan de formation institutionnel, et ne répondent pas aux besoins des personnes accueillies.	20b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les pratiques ne permettent pas toujours de sécuriser l'identification des médicaments.</p> <p>Les pratiques d'étiquetage des piluliers dans les chariots de médicament ne sont pas identiques dans tous les services. Dans plusieurs services, les piluliers dans les chariots de médicaments sont identifiés par des étiquettes de couleur différente sur lesquelles sont manuscrites le nom des patients, pas toujours le prénom et jamais la date de naissance. Les piluliers côté fenêtre identifiés par un F sont rangés avant les piluliers côté porte identifiés par un P. De plus, les règles d'étiquetage ne sont pas systématiquement conformes pour les seringues de Lovenox. Dans un service, il a été observé que les seringues de Lovenox étaient identifiées avec un marqueur par le numéro de la chambre avec la précision F ou P pour les chambres à 2 lits et l'heure d'injection sans précision du nom du patient.</p>	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'établissement ne s'est pas assuré de la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de la coordination des risques associés aux soins, et du compte qualité. Sur l'ensemble des processus, la mobilisation des professionnels a été essentiellement assuré par le niveau encadrement. Lors des vérifications terrain sur les processus étudiés, les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance du compte qualité, de sa finalité, de son contenu. De plus, une sensibilisation au patient traceur a été réalisée, aucun patient traceur n'a été effectué avant la visite.	1g
	D / Disponibilité des ressources	NC	L'analyse des causes des événements indésirables ne repose pas sur un processus de hiérarchisation. Les événements indésirables ne font pas l'objet de cotation fréquence/ gravité ni de niveau de maîtrise. La hiérarchisation n'est pas structurée. La notion d'EIG est subjective. Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS. 170 événements indésirables ont été signalés en 2016, dont 8 concernaient les EIAS et 26 pour des problèmes d'identité. Certains EI sont analysés en réunion de direction, d'autres sont traités directement par la responsable qualité et l'encadrement du service. Les professionnels n'ont pas systématiquement de réponse à la déclaration effectuée, seules les fiches d'EI avec des pistes d'actions proposées reçoivent une réponse directe. Pour les autres fiches, il n'y a pas de réponse directe individualisée.	8f
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	PS	L'absence de douches dans les cabinets de toilette des chambres de l'établissement ne permet pas toujours le respect des conditions de dignité et d'intimité des personnes hospitalisées. En raison d'une architecture ancienne, il a été constaté une absence de douches dans les cabinets de toilette des unités de médecine et de SSR. Une seule salle de bains commune est néanmoins présente sur l'ensemble de l'unité (plusieurs ailes comprises)	10b
Parcours du patient	P / Organisation interne	NC	Le dépistage du risque suicidaire ne fait pas l'objet de procédure ou protocole identifiant des patients potentiellement à risque ou de signes d'alerte au regard des populations accueillies. Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Il n'a pas été retrouvé d'axes de formation relatifs à cette thématique dans les plans de formation institutionnels. Les	19c

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			patients présentant un risque suicidaire ne sont pas systématiquement identifiés.	
		NC	La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement n'est pas définie L'établissement ne dispose pas de procédure d'urgences vitales. Aucun numéro d'appel d'urgence n'est affiché dans les salles de soins sur les deux sites. Lors des visites terrain, les soignants ont fait état d'un appel au médecin d'astreinte à l'aide d'un numéro unique non affiché clairement et sans référence à un document formalisé et validé.	18b
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les règles de présence du personnel non médical de nuit ne permettent pas d'assurer la permanence des soins 24h/24. L'établissement du site de Guérande (d'architecture pavillonnaire) dispose de 3 IDES pour l'ensemble des activités de médecine (2 unités dont les soins palliatifs), et de soins de suite et de réadaptation et de longue durée. L'unité de soins de longue durée (42 lits) ne dispose pas en propre d'IDE de nuit. L'appel à une IDE d'un des deux services est néanmoins possible selon une répartition des jours pairs et impairs. Dans le cas où un problème surviendrait sur deux sites à la fois, un des deux attendra la disponibilité de l'IDE, d'autant que le médecin est en astreinte donc pas sur place.	18a
Prise en charge de la douleur	P / Définition de la stratégie	PS	Les professionnels ne sont pas tous appropriés les enjeux et objectifs d'amélioration. Lors de la rencontre des pilotes, les référents douleurs présents ne connaissaient pas les risques prioritaires et à surveiller.	12a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Des formations/actions n'ont pas été mises en œuvre récemment dans les secteurs d'activité auprès des professionnels. Des formations sont prévues cependant peu de professionnels ont été formés. Lors des investigations dans les services et lors des patients traceurs les professionnels présents ne faisaient pas état de formation récente sur la prise en charge de la douleur. Une formation universitaire pour le président du CLUD est prévue mais sa réalisation est difficile en raison des disponibilités et du fonctionnement à l'auto remplacement.	12a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient n'est pas systématiquement assurée. Les résultats des indicateurs IPAQSS de 2014 et 2016 sur cette thématique montre que la traçabilité de cette évaluation n'est pas satisfaisante. En effet les indicateurs nationaux IPAQSS sur la douleur pour les années 2014 et 2016 ne sont pas bons. les indicateurs sont mis à disposition des professionnels dans les salles de détente".	12a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas réalisé d'EPP en la matière. Il n'y a pas d'EPP depuis 2011. Ceci a été confirmé lors de la rencontre des professionnels et à l'occasion des patients traceurs. Cette EPP avait été	12a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			réalisée avec le réseau RAQUESEL. 'établissement est actuellement en attente d'une EPP proposée par ce même réseau.	
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation aux correspondants externes n'est pas toujours assuré en temps utile. L'Indicateur IPAQSS "Délai d'envoi des comptes-rendus de fin d'hospitalisation" en Médecine présente une non conformité avec un délai supérieur à 8 jours et des manques d'éléments nécessaires à la coordination d'aval (dans 60% des cas).	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient formalisée par l'établissement n'intègre pas toutes les composantes de la prise en charge. Il n'y a pas de politique d'affichage des listes de médicaments à risque au niveau des armoires à pharmacie. Lors des visites de services, les agents présents ne connaissent pas précisément la définition des médicaments à risques et l'intérêt de les identifier. Par ailleurs, la politique de prise en charge des médicaments n'inclut pas le notion de Never events.	20a
	P / Organisation interne	NC	La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus mais n'est pas totalement organisée. A la sortie du patient, son traitement personnel lui est rendu dans son intégralité sans prendre en compte le traitement de sortie et sans systématiquement remettre le message prévu par l'établissement sauf dans le service d'addictologie.	20a bis
		NC	Les règles d'étiquetage et de rangement des médicaments ne sont pas totalement formalisées. Il existe un problème d'identification des médicaments et des pratiques hétérogènes dans les services. A la PUI, les médicaments à risque sont identifiés parfois par une étiquette validation pharmaceutique et parfois une étiquette médicament à risque. La terminologie des médicaments à risque pour la pharmacie n'est pas systématiquement la même que pour les services. Ainsi par exemple, un médicament à un stock faible est considéré à risque par la pharmacie. Si un médicament est demandé, en l'absence de la pharmacienne, et que le médicament est étiqueté "médicament à risque" pour la pharmacie, les préparateurs doivent prévenir la pharmacienne pour ne pas bloquer la délivrance. Le rangement dans les armoires à pharmacie peut présenter des variations selon les services. On peut trouver dans le même casier derrière un médicament un autre différent du premier. La signalisation concernant cette coexistence de 2 médicaments différents est hétérogène, voir inexistante. L'existence d'un médicament derrière une autre est repéré au SSR Croisic par une pastille rouge. Il n'y a aucun mode de repérage en médecine A par exemple.	20a
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Le recueil des erreurs médicamenteuses n'est pas systématiquement assuré avec les professionnels concernés. <u>Les déclarations d'événements indésirables sur la prise en charge</u>	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			médicamenteuse ainsi que les déclarations d'erreurs médicamenteuses sont très peu réalisées et de fait peu nombreuses. Aucun agent interviewé n'a réalisé de déclaration d'événements indésirables ou d'erreurs médicamenteuses. Le nombre de FEI médicament était de 1 en 2014 avec 1 CREX Alarm facil, 8 en 2015 avec 5 arbres des causes, 1 analyse PAQ et 2 FEI en 2016 avec arbres des causes. Un agent a déclaré avoir fait une erreur médicamenteuse (erreur de patient) et en avoir parlé immédiatement au médecin. L'erreur étant sans conséquence donc elle n'a pas été déclarée. Les professionnels rencontrés ne connaissaient pas la définition des Never Events.	
	D / Disponibilité des ressources	PS	Des actions de formation ne sont pas régulièrement menées. Les formations concernant la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées ne sont ni initiées, ni identifiées au sein du plan de formation institutionnel, et ne répondent pas aux besoins des personnes accueillies.	20b
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les pratiques ne permettent pas toujours de sécuriser l'identification des médicaments. Les pratiques d'étiquetage des piluliers dans les chariots de médicament ne sont pas identiques dans tous les services. Dans plusieurs services, les piluliers dans les chariots de médicaments sont identifiés par des étiquettes de couleur différente sur lesquelles sont manuscrites le nom des patients, pas toujours le prénom et jamais la date de naissance. Les piluliers côté fenêtre identifiés par un F sont rangés avant les piluliers côté porte identifiés par un P. De plus, les règles d'étiquetage ne sont pas systématiquement conformes pour les seringues de Lovenox. Dans un service, il a été observé que les seringues de Lovenox étaient identifiées avec un marqueur par le numéro de la chambre avec la précision F ou P pour les chambres à 2 lits et l'heure d'injection sans précision du nom du patient.	20a bis