



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
RAON L'ETAPE**

27 rue jacques mellez  
88110 Raon L'Etape  
DÉCEMBRE 2016

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
  - des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.
- et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE RAON L'ETAPE	
Adresse	27 rue jacques mellez 88110 Raon L'Etape
Département / région	VOSGES / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	880780291	CENTRE HOSPITALIER DE RAON L' ETAPE	27 rue jacques mellez 88110 Raon-L'Etape
Etablissement de santé	880000146	CENTRE HOSPITALIER DE RAON L'ETAPE	27 rue jacques mellez 88110 Raon L'Etape

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	8
SSR	SSR	26

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention définissant les modalités d'organisation et d'admission de patients en SSR entre la clinique Jeanne D'Arc de Lunéville et l'établissement de santé de Raon L'Etape Convention blanchisserie Convention de la mutualisation de la gestion informatique avec le CH de Saint Dié des Vosges Convention de coopération avec le CHS de Ravenel Convention relative à la prise en charge des patients et résidents de l'Etablissement de santé de Raon L'Etape par le CH de Saint-Dié, pour des consultations ou des examens externes, ainsi que des hospitalisations en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation de jour.

Convention portant sur la mise à disposition par le Centre Hospitalier de St Dié des Vosges pour l'établissement de santé de Raon L'Etape d'un praticien hospitalier  
 Convention « Hospitalisation à domicile » avec le CH de Gérardmer  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition de diététicienne.  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition d'un cadre de santé en pharmacie.  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition d'un psychologue  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition d'un cadre de santé  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition d'un correspondant de sites  
 Convention avec le CH de St Dié des Vosges pour la mise à disposition d'une assistante sociale.  
 Convention avec le laboratoire d'analyses de biologies médicales St Remy  
 Convention de prise en charge des patients entre le service de SSR (spécialité en affection de la personne âgée polyopathologique, et affection du système digestif, métabolique et endocrinien) du CH de Saint-Dié et le SSR de l'Etablissement de santé de Raon L'Etape.  
 Convention EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs)

Regroupement / Fusion	Fusion prévue entre les deux établissements de Raon l'Etape et Senones, dans le cadre d'un projet de regroupement des deux sites existants (2017-2018). Projet validé par l'ARS Lorraine le 23 juin 2015. La fusion sera effective au plus tard le 1er janvier 2018.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandation d'amélioration

Droits des patients

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Hospitalisation complète	Insuffisance rénale.	Programmé	Complexe (séjours multiples)	SSR
2	Personne âgée	Hospitalisation complète	Appareil locomoteur	Programmé	Complexe (séjours multiples et/ou hospi en M)	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

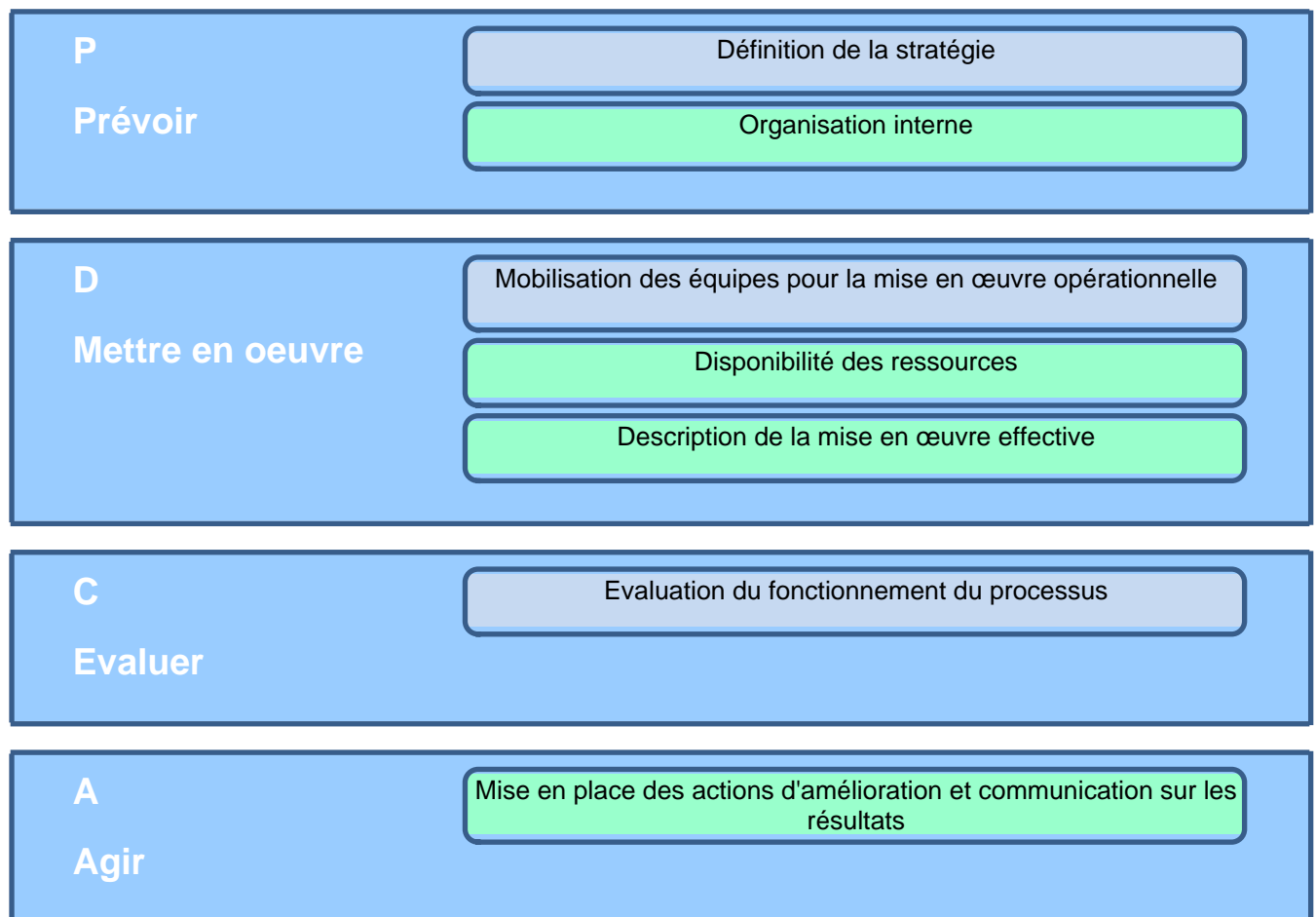
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe une politique de management de la qualité et de la sécurité. Elle est intégrée dans les orientations stratégiques. Elle comporte 5 axes déclinés en objectifs. La politique d'amélioration de la qualité-gestion des risques et sécurité des soins intègre notamment les obligations légales et réglementaires, et la gestion de crise. Une politique EPP a été déclinée de façon spécifique. Les données mobilisées dans le Compte qualité (CQ) se sont basées sur les décisions V2010, les IQSS, les EPP, les évaluations internes. Une auto évaluation a également servi de base pour toutes les thématiques. L'analyse des risques a été réalisée par le COPIL qualité et gestion des risques à partir des remontées d'information des professionnels et de la réunion d'une commission pluridisciplinaire. La mise en œuvre de la politique trouve sa traduction dans un Programme global d'amélioration de la Qualité et gestion des risques. Le programme global d'amélioration de la Qualité et gestion des risques a été validé par la CME. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : responsabilités pour chacune des actions, planification des actions dans des délais fixés, suivi des actions. Le suivi des actions est réalisé par le COPIL Qualité et gestion des risques. Il a été présenté à la CRUQPC et au conseil de surveillance. Le plan d'actions du CQ est articulé avec le PAQSS institutionnel, dans la mesure où le PAQSS sert de base pour les actions prévues, le CQ venant s'ajouter afin de définir les actions prioritaires.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique générale de management de la qualité et de la sécurité à l'échelle de l'établissement de santé. La coordination des différentes composantes du système de la qualité et de la sécurité est assurée par le COPIL Qualité Gestion des risques. Une fiche de mission a été établie pour la gestionnaire des risques associés aux soins, dont le rôle est assuré par la présidente de la CME. La fiche comporte les missions, les liaisons, la quotité de temps consacré. Une organisation permet le déploiement et mise en œuvre de démarches EPP, avec l'engagement effectif des professionnels. cette organisation est assurée par le COPIL qualité et gestion des risques, qui regroupe de fait les différentes instances et comités, avec la présence de la présidente de la CME. L'établissement de santé favorise la déclaration des événements indésirables par les professionnels, la procédure établie précisant le caractère non punitif. L'évaluation de la satisfaction usagers est réalisée par le biais des questionnaires de satisfaction. Les résultats sont présentés à la CRUQPC et aux professionnels. Les compétences spécifiques au management de la qualité et de la gestion des risques sont assurées par la gestionnaire des risques, un technicien qualité et l'aide de l'ingénieur qualité appartenant à la communauté d'établissements. Un dispositif de gestion des événements indésirables permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée, est en place. Les professionnels concernés ont été formés à la méthode ALARM. Les principales interfaces identifiées en lien avec la thématique sont effectuées par le biais des réunions de service, et du COPIL Qualité et Gestion des risques. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale qualité et risques est effectuée par le COVIRIS et le COPIL Qualité et Gestion des risques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs opérationnels sont déclinés en plans d'actions amélioration concernant notamment l'analyse de la pertinence soins, les actions correctives à la suite des EI et retours d'expérience, les actions visant le bon usage des médicaments. Les équipes ont connaissance de la politique de management de la qualité et sécurité des soins. Elles ont été sollicitées pour l'identification des risques et l'élaboration des plans d'actions dans le secteur, en participant à des EPP et audits, et CREX. La cadre de santé est responsable du déploiement des plans d'actions sur le secteur. Elle opère le lien entre les instances et comités auxquels elle participe et les professionnels du secteur. La communication sur la politique qualité et sécurité des soins est effective et diffusée dans l'établissement. La communication est effective également sur la politique EPP.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

La gestion documentaire est opérationnelle et accessible. Cette gestion documentaire figure sous une forme informatisée et papier. Une note d'information explicite les modes de consultation. Un classeur de protocoles et procédures est à disposition des professionnels. Parmi ces procédures et protocoles, figurent des documents relatifs à la gestion de la qualité et prévention des risques, et aux vigilances sanitaires. Des fiches de signalement des événements indésirables recensant les différentes typologies de risques sont à disposition des professionnels. Des formations ont été effectuées sur la sécurisation des

PEC médicamenteuses, la manutention, les habilitations électriques. Les effectifs et compétences sont en adéquation pour la prise en charge sécurisée du patient. Des guides de bon usage des soins sont mis en place sur les cathéters, les perfusions, les soins des plaies aiguës.

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

Les actions prévues dans le PAQSS sont mises en oeuvre dans les secteurs concernées. Les professionnels déclarent les événements indésirables, qui intègrent le circuit défini pour analyse, traitement et identification d'actions correctives. Les circuits prévus sont mis en oeuvre : plaintes, réclamation, vigilances, etc. Les organisations définies sont également en place : gestion de crise, etc. Les indicateurs IPAQSS sont recueillis et le tableau de bord des infections nosocomiales est constitué. Des indicateurs IPAQSS hors protocole sont également recueillis, à partir de 3 dossiers mensuellement. Les événements indésirables sont déclarés par les professionnels et analysés avec eux. L'analyse est réalisée. Ces analyses aboutissent à la mise en place d'actions correctives immédiates ou à des mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques à intégrer dans un plan d'actions. La mise en place d'un logiciel en mai 2016 a pour objet de permettre une analyse plus approfondie des FEI. Une analyse des enquêtes de satisfaction a été réalisée, portant sur l'admission, les soins, les soins de rééducation, le séjour. Des audits et EPP ont été effectués et ont concerné des sujets comme la pertinence de la prescription médicamenteuse, la mise en place de la contention, le lavage des mains. Des EPP ont été réalisées sur la douleur et les DASRI. Trois réunions CREX ont eu lieu en 2015, dont 2 ont analysé des dysfonctionnements portant sur des erreurs médicamenteuses. L'ensemble des composantes du système qualité et gestion des risques (organisation, audit, EPP, indicateurs, etc.) s'articulent dans le cadre des instances qui se réunissent à périodicité définie. Toutefois, la CRU ne se réunit pas selon la périodicité prévue par la réglementation. La CRUQPC ne s'est réunie qu'une fois par an les années précédentes. Par ailleurs, la participation de la représentante des usagers aux différentes instances se traduit essentiellement par la communication des différentes informations.

### **C / EVALUER**

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

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé a minima une fois par an. Les actions mises en œuvre mettent en évidence une diminution du niveau de risque et une amélioration de la réponse aux besoins à travers le PAQSS, la gestion des E.I. , les risques a priori. Des bilans ont été réalisés, portant sur les événements indésirables, sur les résultats des indicateurs, le développement des démarches EPP, et à travers un bilan des actions pour améliorer la culture qualité. Les instances procèdent à l'examen des tableaux de bord liés aux indicateurs qualité et sécurité, et examinent les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers. L'exploitation des résultats permet d'identifier des actions correctives. Des actions d'amélioration ont découlé de CREX, de cartographies des risques.

### **A / AGIR**

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

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés concernant le dossier patient sont diffusés aux professionnels concernés par la voie de l'affichage. De manière générale, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels, et affichés pour être portés à la connaissance des professionnels comme des usagers.



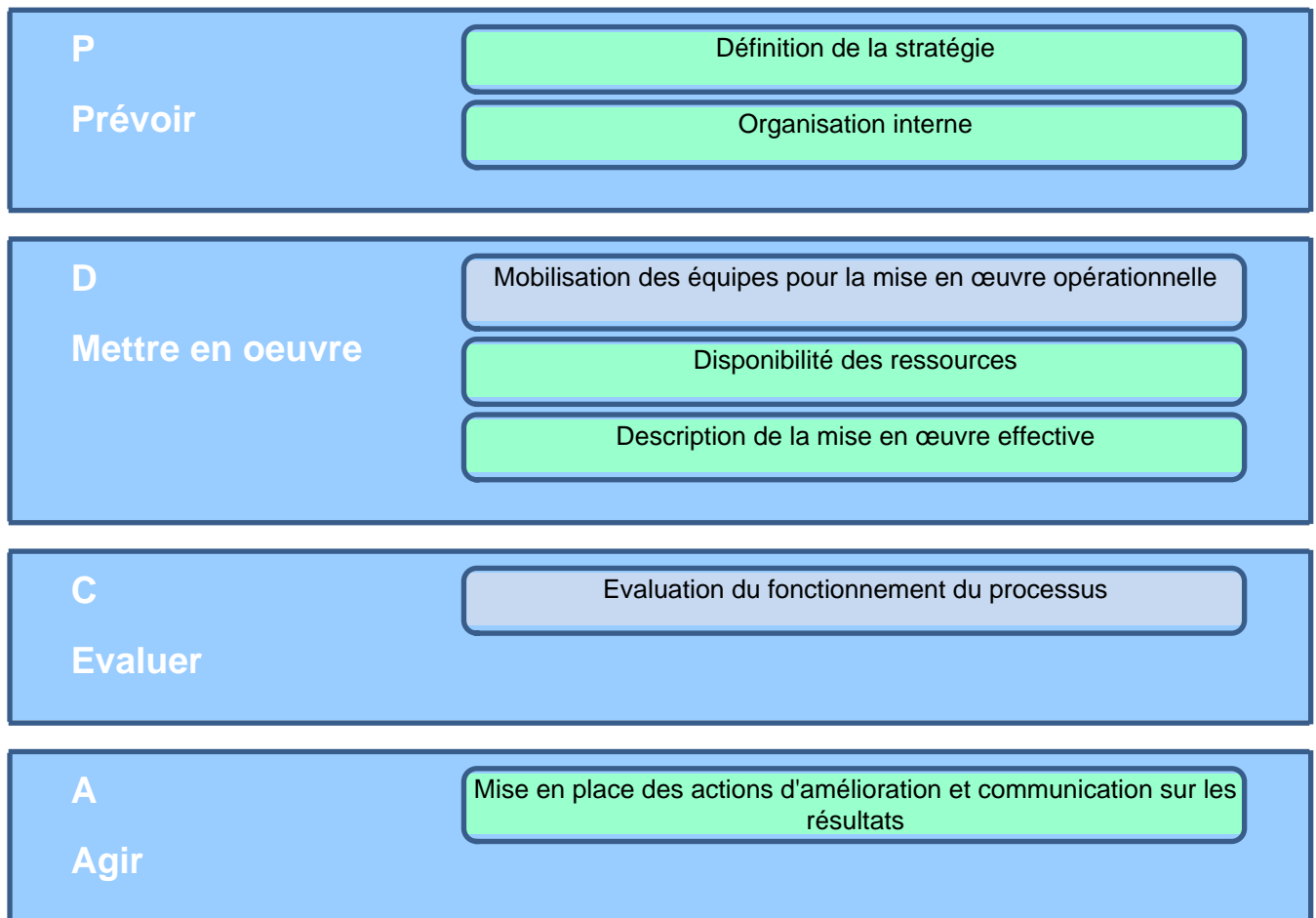
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'objectif principal reste l'amélioration de la valeur des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, notamment ICALIN 2 et ICA-BMR. L'établissement a analysé les raisons de la baisse de ses indicateurs pour identifier des risques et donc des actions d'amélioration. Ainsi, le PAQSS identifie 7 actions. Des actions portent sur les BMR : communication, achats et stocks, formation et suivi des BMR. Le PAQSS comprend les actions, les indicateurs et l'échéancier. Enfin, un volet "antibiothérapie" est intégré dans le plan d'action 2016 du CLIN.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. L'organisation mise en place pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux s'appuie sur la présence d'une équipe EOH, une IDE référente hygiène, l'appui d'un médecin infectiologue qui est le référent antibiotique et d'un praticien hospitalier hygiène. L'intervention des médecins a lieu sur demande ou sur de projets commun. De plus, il peut être fait appel à un médecin infectiologue du CHU de Saint Dié. Une organisation permettant de mettre en place les conditions optimales d'hygiène des locaux avec des ASH dédiées au nettoyage du secteur de soins. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le circuit du linge et des déchets est identifié. Des procédures en précisent le fonctionnement. Les besoins de formation ont été identifiés, portant pour l'année à venir sur l'hygiène des mains, l'hygiène des soins du pied et le plan de maîtrise sanitaire. Il existe un plan en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux. Il existe des modalités de gestion des épisodes épidémiques, notamment la mobilisation de l'ensemble des acteurs chargés de la gestion d'une crise et, ce dans le cadre de la communauté d'établissements. Toutefois, l'établissement ne prévoit pas toutes les ressources en compétences. En effet, le plan de formation ne prévoit pas de formations au bon usage des antibiotiques. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Des réunions de la cellule d'hygiène sont organisées de façon communautaire. L'organisation d'un réseau en hygiène sur la communauté d'établissements en 2015, et regroupant les 5 établissements. Des modalités de collaboration existent entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La mobilisation des équipes se fait par la cadre de secteur. Des EPP ont été entreprises sur le lavage des mains et les DASRI. Les professionnels ont participé aux démarches EPP mises en place, portant sur le lavage des mains et les DASRI. La connaissance et la mobilisation des professionnels sont effectives. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une formation en interne a porté sur l'hygiène, relative à l'hygiène des mains et aux précautions standards et complémentaires. D'autres formations ont concerné l'hygiène en restauration, l'hygiène des locaux, le bio nettoyage, le carnet de suivi sanitaire, les plaies, le plan de maîtrise sanitaire. Des protocoles et procédures sont disponibles. Du matériel est disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés/soignants. Des produits hydro-alcooliques sont mis à disposition des professionnels. Les précautions complémentaires septiques, concernant les infections à BMR ou BHR, Hépatites, Gale, Clostridium, Staphylococcie ou autres, font l'objet d'un affichage dans le service. Le médecin infectiologue de la communauté d'établissements peut être contacté. Il est en même temps référent antibiotique. Une liste des services concernés par une bactérie BHR dans la région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine est diffusée dans les établissements de la communauté.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective. Le logiciel du dossier informatisé a prévu une alerte bloquante dans le cas d'un dépassement de 48h, et à 7 jours. Une surveillance vaccinale des professionnels est réalisée, avec un suivi personnalisé. Une démarche préventive concernant l'eau est effectuée par une surveillance

microbiologique du réseau d'eau chaude. Des prélèvements ont lieu chaque année, comprenant 26 points de prélèvement. Confronté à un phénomène épidémique, l'établissement a mis en place, dans le cadre d'une réunion de crise, une stratégie et un plan d'actions Stop and go. La mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH, est effective.

## **C / EVALUER**

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

Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué notamment à l'aide d'indicateurs : l'établissement a recueilli les indicateurs nationaux généralisés relatifs aux infections nosocomiales. Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi de l'indicateur ICATB.2. L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison inter établissements, notamment dans le cadre de la communauté d'établissements. L'exploitation des indicateurs et le benchmarking ont permis d'identifier des actions correctives.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La mise à disposition par l'établissement des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, et notamment du TBIN, auprès du public et des professionnels, est effective. La communication sur les actions conduites s'est faite pour les professionnels à travers la présentation du bilan des EPP, le bilan du CLIN dans la CSI, et dans les bulletins Qualité et les bulletins Formations. Le bilan du CLIN a également été présenté dans le cadre de la CRUQPC.

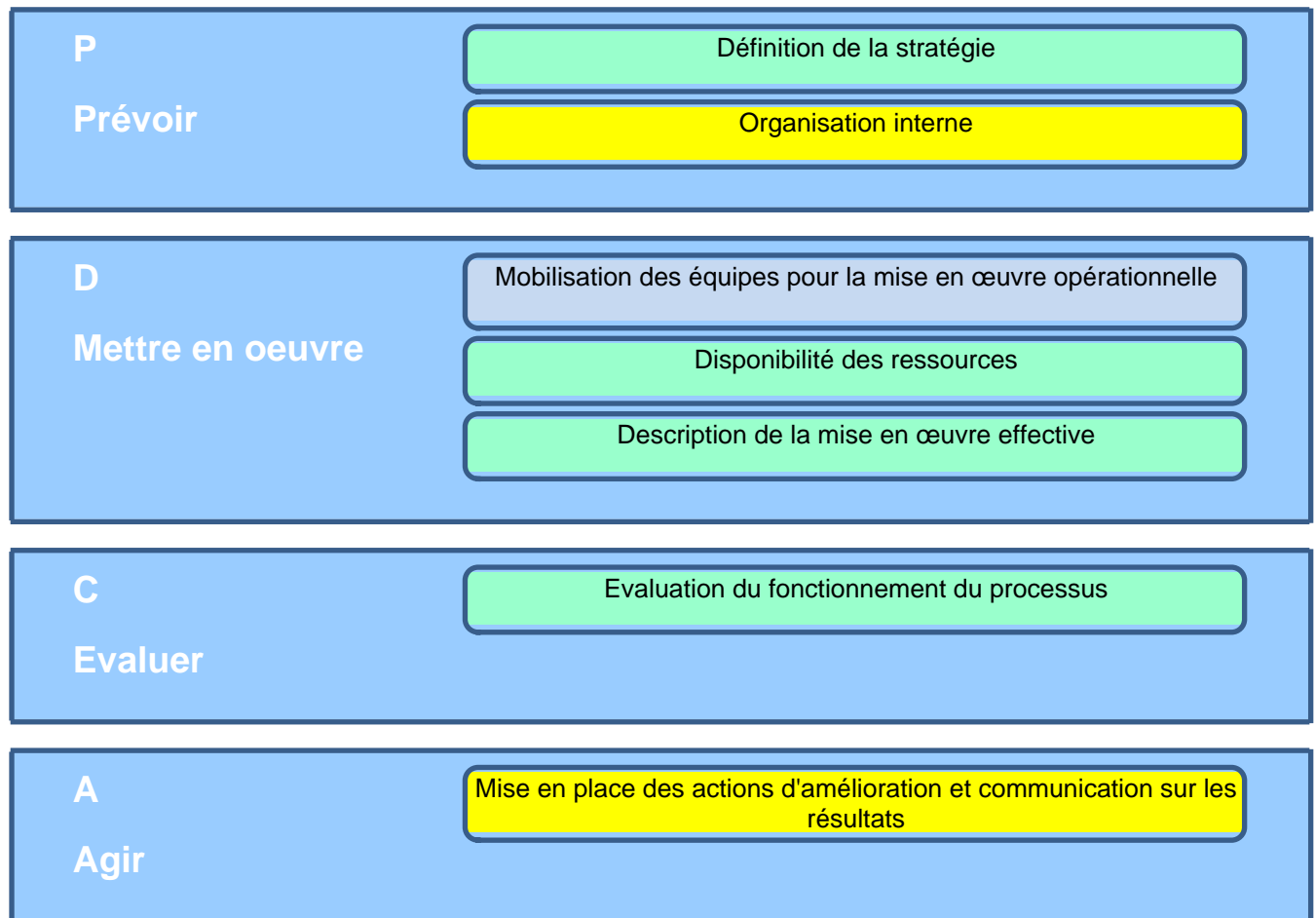
# DROITS DES PATIENTS

## 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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les projets de l'établissement prévoient la reconstruction du bâtiment qui en est à la phase d'un avant projet détaillé. L'objectif est un déménagement en 2020. Ce projet architectural intègre des objectifs d'amélioration des conditions d'hébergement des patients afin d'améliorer le respect de l'intimité et de la dignité. Ainsi, il est prévu une majorité de chambre individuelle, équipée de douche, la création d'unités de vie, de salon de convivialité, des espaces de déambulation. Les principaux risques et objectifs identifiés concernent le droit d'aller et venir, la contention, l'identitovigilance. Un PAQSS a été établi, incluant des actions d'amélioration prévues portant sur le dommage associé aux soins, la CRUQPC, les soins palliatifs, la douleur. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi des plans d'action des secteurs d'activité : responsabilités, planification des actions, suivi des actions, indicateurs, tâches à effectuer. Le plan d'actions du CQ est articulé avec le PAQSS institutionnel, les éléments du compte qualité se retrouvant dans le PAQSS. Toutefois, l'établissement n'a pas identifié les situations, les risques et les facteurs de maltraitance. En effet, l'établissement n'a pas réalisé un état des lieux des situations, risques et facteurs de maltraitance auquel il pourrait être confronté dans le cadre son activité.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de bientraitance et les droits des patients. Le pilotage est assuré par le COPIL qualité et gestion des risques. Cette organisation est articulée à la CRUQPC. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Des besoins en formation initiale et continue sont identifiés, portant sur la fin de vie, la douleur, la prévention de la dénutrition, les soins palliatifs. L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin est définie, et notamment par le biais du DPI qui systématise ces données. Le processus d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est défini dans le cadre d'une procédure. Cependant, les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies et diffusées. Les modalités de signalement des cas de maltraitance n'ont pas fait l'objet d'une définition ou d'une procédure élaborée. Par ailleurs, des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées ne sont pas définies. En effet, l'établissement n'a pas mis en place d'organisation visant à recueillir les volontés du patient. L'établissement a prévu d'effectuer cette définition en liaison avec un établissement voisin (avec lequel un projet de fusion est en cours). L'établissement n'a pas formé les professionnels à l'annonce d'un dommage lié au soin. Le plan de formation n'aborde pas l'information du patient en cas de dommage lié au soin. Bien qu'ils aient été destinataires de la procédure, les professionnels n'ont pas été formés. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CRUQPC et indique les moyens de contacter les représentants des usagers. Les ressources matérielles sont identifiées : lieux pour accueillir les proches, signalétique permettant aux usagers de s'orienter facilement ; locaux aménagés pour accueillir les patients handicapés.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La cadre de santé est responsable du déploiement des plans d'actions, et fait partie des différentes instances et comités de l'établissement, dont le COPIL qualité et gestion des risques. Les professionnels sont sollicités pour la participation à des groupes de travail. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient et une charte de confidentialité a été établie pour les professionnels concernant les informations relatives aux patients qui figurent dans le DPI. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats, notamment dans le cadre de l'évaluation. Les professionnels participent à des EPP, notamment une sur la contention physique.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations ont été effectuées. D'autres procédures concernent la communication du dossier médical, la gestion des plaintes, la désignation de la personne de confiance. Un protocole sur les croyances est affiché dans la salle de soins. Une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables a été établie, avec un caractère non punitif. Un formulaire de prescription de contention est mis à disposition des professionnels, et comporte un calendrier de réévaluation. Il inclut la nécessité de la signature du médecin. La charte des droits des patients est affichée dans toutes les chambres. Les conditions d'

hébergement observées permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Le DPI est sécurisé et de plus les salles de soins et les bureaux des médecins sont fermés par digicode. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent. Les familles peuvent disposer d'un salon et peuvent bénéficier de l'aide d'une psychologue. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée. Les professionnels utilisent les méthodes de l'échelle numérique, de l'échelle verbale, Algoplus ou Doloplus. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée. La trace en est retrouvée dans le DPI. Les projets identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un audit a été effectué sur la mise en place et surveillance. Des indicateurs IPAQSS hors protocole ont été évalués à partir de l'examen de dossiers et ont porté également sur le projet thérapeutique, son élaboration par l'équipe pluridisciplinaire, et la traçabilité de l'accord ou participation du patient. Une enquête de satisfaction a été effectuée en 2015, portant sur l'admission, les soins dans le service, les soins de rééducation, et le séjour. Toutefois, l'établissement ne réalise pas d'évaluation régulière sur l'ensemble des aspects de la thématique. En effet, l'établissement n'a pas évalué l'organisation en place quant à la maltraitance, la promotion de la bientraitance, le respect de la confidentialité, et le respect des libertés individuelles.

#### A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue. En effet, pour la partie évaluée, l'exploitation des résultats et du bilan de la CRUQPC ne permet pas toujours d'identifier des actions correctives. Par ailleurs, les actions d'amélioration sont ponctuelles, identifiées au cas par cas. Elles ne sont pas intégrées dans le dispositif institutionnel d'amélioration ; ainsi, elles ne sont pas toutes intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

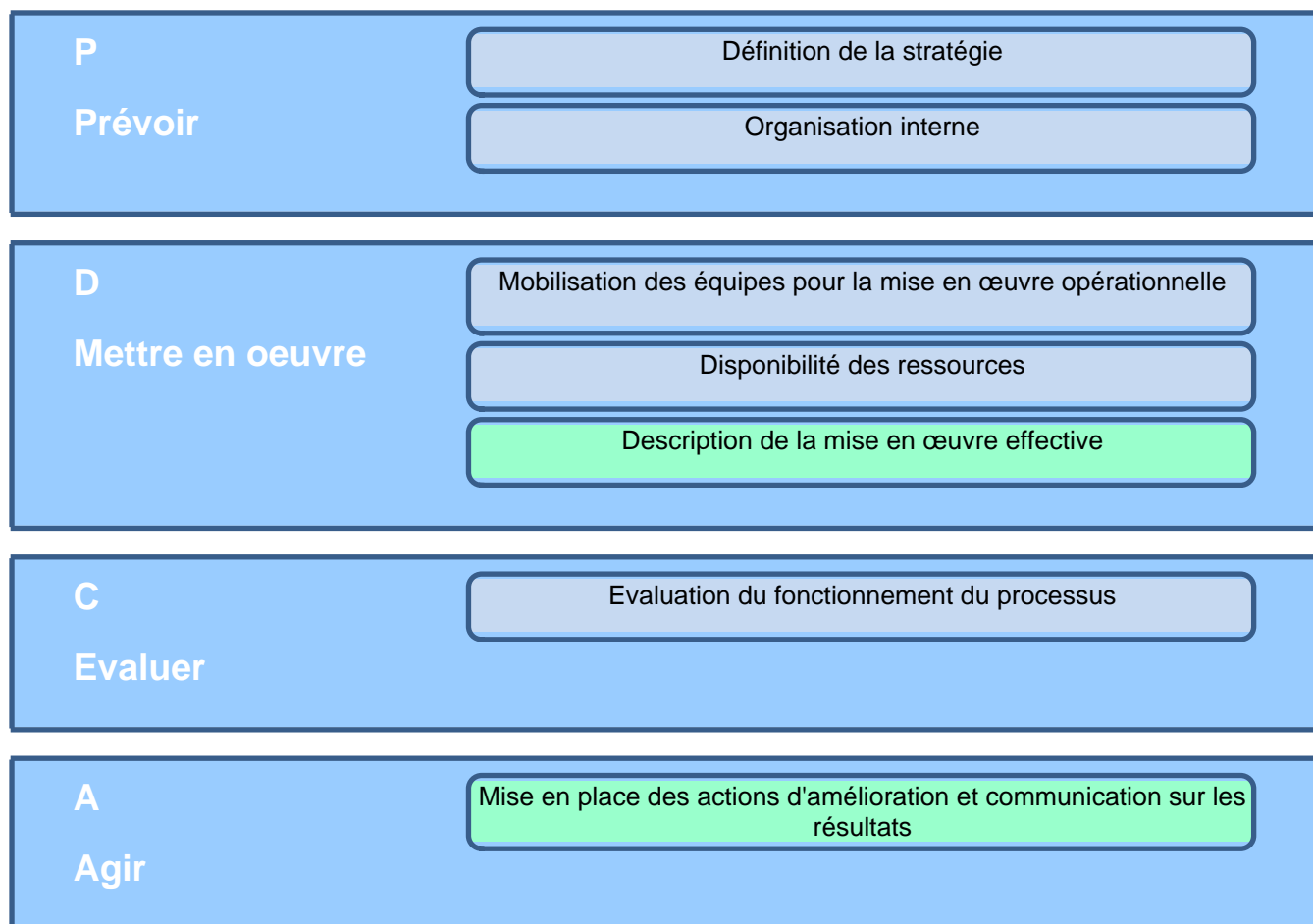
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier a défini sa stratégie et ses objectifs dans le cadre de la thématique parcours patient en cohésion avec le CPOM prévoyant la mise en place de filières gériatriques, une réponse en offre de soins orienté vers la proximité, un rapprochement avec l'établissement de Senones et une participation dans la communauté des établissements de la Déodatie. Il existe une cartographie du parcours de soins. L'analyse des risques concernant le parcours de soins résulte du travail d'un groupe pluri-professionnel et de l'utilisation des données disponibles. La hiérarchisation des risques identifiés a été réalisée. Par exemple, l'établissement a analysé la baisse de la valeur de l'IPAQSS sur la traçabilité de la douleur dans le dossier pour identifier des risques et construire un plan d'action. Cette stratégie est présentée et validée par les instances concernées (CME). La cartographie des risques est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé (PAQSS). Ce document permet d'identifier chaque action et son référencement dans la certification, de visualiser le type de l'action et les modalités de suivi.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié quatre parcours principaux : gériatrie polyvalente, soins palliatifs, rééducation (patients âgés et chutes), troubles du comportement et troubles cognitifs. L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, qui est réalisé par un médecin gériatre SSR et le cadre supérieur de santé. L'établissement met en place des groupes de travail avec un référent. Ces groupes de travail sont pérennes ou mis en place en fonction des besoins liés aux CREX, et EPP. Le pilotage du processus du parcours du patient est présent dans toutes les commissions institutionnelles de l'établissement. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les modalités d'entrée dans l'établissement sont définies et formalisées. Sur le plan des ressources humaines, l'établissement a mis en place une formation tutorée à l'embauche. L'établissement élabore annuellement un plan de formation prenant en compte le thème parcours du patient. Sur le plan des ressources matérielles et locaux, l'établissement développe un plan d'investissement. Il existe un service technique et des recours nombreux aux compétences des autres établissements voisins. Cela permet, en particulier à l'établissement de disposer d'astreintes. Au niveau des ressources documentaires, la documentation est organisée sous forme d'une gestion électronique de document, actualisée et accessible. Ce système de gestion de la documentation est également retrouvé sur les autres établissements de la communauté. Ceci permet des échanges rapides et participe à l'harmonisation des pratiques. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'établissement a mis en place des collaborations avec divers autres secteurs de soins pour les thérapies qu'il ne pratique pas. Il existe également des consultations avancées de praticiens du centre hospitalier de St Dié.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La taille de l'établissement et l'organisation mise en place pour piloter la thématique impliquent l'ensemble des professionnels et l'encadrement qui concourent au bon fonctionnement des filières. La communication est articulée. Les activités du parcours du patient sont évaluées. Les professionnels participent à la définition et à la mise en œuvre des actions correctrices éventuelles. Pour faciliter l'implication des professionnels dans les démarches d'amélioration de la qualité, l'établissement leur attribue un temps dédié pour participer aux groupes de travail, aux commissions et pour réaliser des audits. Les professionnels participent à des EPP en lien avec la thématique. Les professionnels s'impliquent également dans les CREX.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences sont adaptées et disponibles. Il existe des fiches de postes pour les infirmières et les aides soignantes. Les professionnels sont formés. Une organisation est en place pour assurer la formation d'un nouvel arrivant. Les tableaux de gardes et astreintes sont accessibles et connus par les professionnels. Les ressources en matériel dont les locaux sont disponibles au sein de l'établissement. Les maintenances sont suivies par le responsable matériovigilance au sein de la cellule qualité en ayant recours à des organismes extérieurs ou au service biomédical du centre hospitalier de Saint Dié. Il existe des solutions de dépannage et cas de panne de l'informatique ces solutions sont formalisées dans une procédure. Par ailleurs les documents techniques nécessaires pour le bon fonctionnement des filières de soins sont disponibles sur la GED. Un chariot d'urgence placé est disponible au niveau de chaque étage. Une procédure décrivant la prise en charge des urgences vitales



intra hospitalières est en place. Le chariot est régulièrement contrôlé en particulier en ce qui concerne la péremption des médicaments.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement de chaque secteur de soins respecte les organisations établies, les circuits sont connus des professionnels et les interfaces entre les secteurs cliniques, médico techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles. L'admission est réalisée par le bureau des entrées. L'identité du patient est vérifiée lors de son entrée tant par le bureau des entrées que par les secteurs de soins conformément à la procédure en vigueur. Il existe des conduite à tenir formalisée pour gérer les demandes d'anonymat et les identités non certaines. Le livret d'accueil est remis à l'entrée du patient. L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Toutes les données recueillies lors de l'évaluation initiales sont tracées dans le dossier. Il existe une grille de saisie des données. La pesée et la toise des patients sont réalisées et tracées à l'entrée. Le recueil de l'indice de masse corporelle (IMC) tracé dans le dossier permet le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels. En cas de besoin, un appel à la diététicienne est réalisé. Les modalités de dépistage des patients présentant un risque suicidaire sont mises en œuvre chaque fois que nécessaire par du personnel formé. Il existe un psychologue dans l'établissement. L'accueil et la prise en charge des populations spécifiques est réalisée conformément aux organisations mises en place. La traçabilité de la douleur à l'entrée est effective et est tracée dans le dossier. Chaque patient bénéficie d'un bilan d'autonomie et une analyse de ses fonctions cognitives. Un projet thérapeutique est établi pour chaque patient. Il est expliqué au patient ou à sa famille. L'adhésion du patient à son projet thérapeutique est recueillie et enregistrée au niveau des dossiers examinés. La désignation de la personne de confiance est recherchée et tracée dans le dossier. L'évaluation continue est tracée dans le dossier informatisé et permet le partage de l'information entre les professionnels autorisés. On remarque une adaptation régulière du projet thérapeutique à l'occasion des réunions pluridisciplinaires. L'établissement a mis en place des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires permettant, patient par patient, de mettre à jour le projet thérapeutique. La sortie du patient est prise en compte dès son admission. Elle est organisée avec les établissements d'aval. Une checklist de sortie est mise en place pour éviter toute omission lors de la sortie. Les documents en lien avec la sortie du patient lui sont remis. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des parcours patients sur la base d'outils identifiés. Des indicateurs qualité (IQSS) sont régulièrement analysés. L'établissement a mis en place des IQSS hors protocole. Des audits concernant le processus "parcours du patient" sont réalisés. Chaque audit génère des actions d'amélioration à mettre en œuvre. Un bilan d'activité général est réalisé chaque année, diffusé et présenté aux professionnels et aux instances. Il est complété par des rapports concernant des activités plus spécifiques.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration définies au regard des résultats des différents modes d'évaluation sont mises en œuvre et intégrées au programme institutionnel d'actions (PAQSS). Compte tenu de la taille de l'établissement l'ensemble du personnel est impliqué dans les actions menées et est informé des résultats. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et des représentants des usagers lors de diverses manifestations hospitalières et par la CRU.



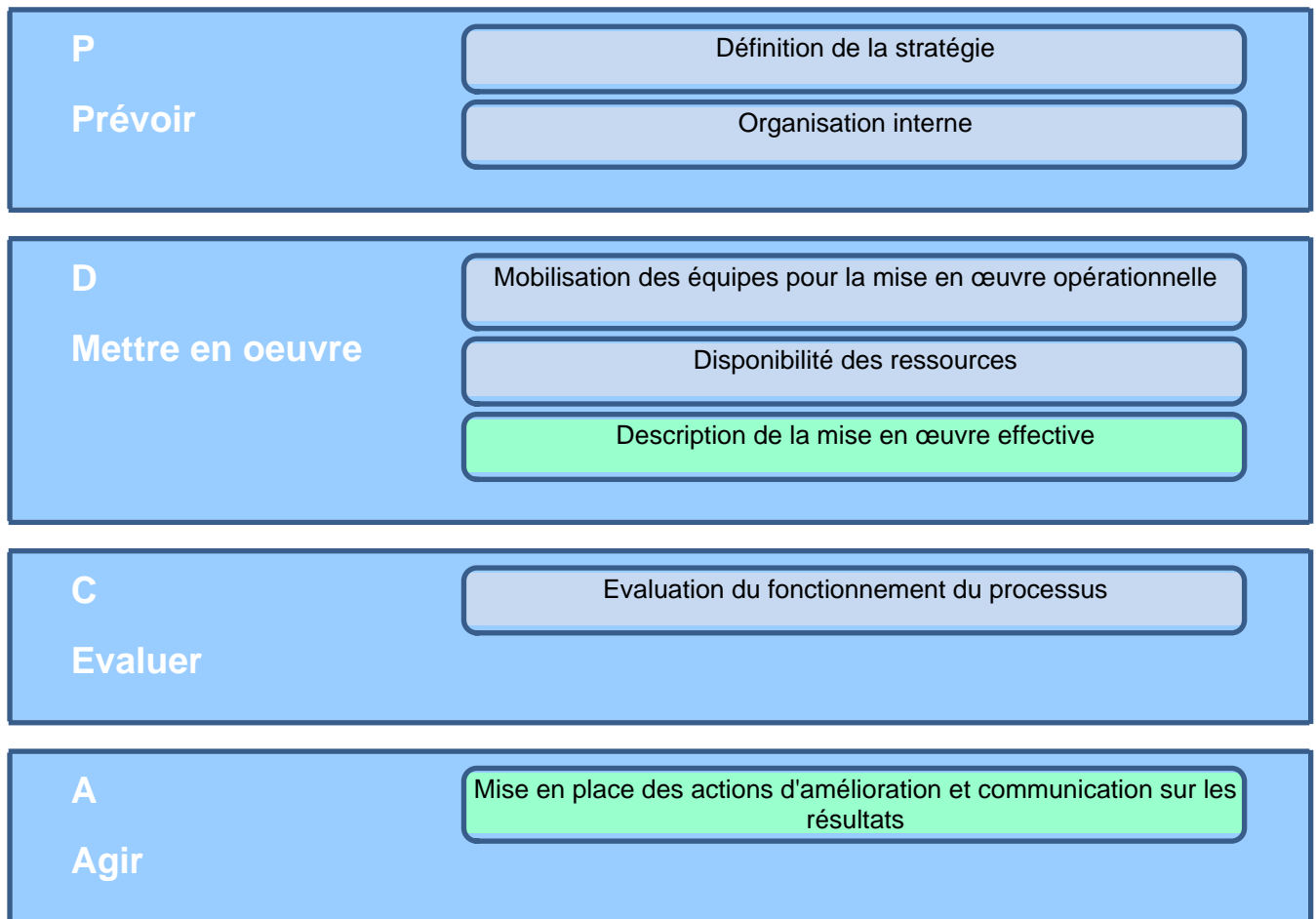
# DOSSIER PATIENT

## 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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans la cadre de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'établissement a axé sa stratégie relative au dossier patient sur le renforcement de la traçabilité des données médicales et soignantes. Une cartographie des risques propres à cette thématique est retrouvée dans le Manuel qualité des systèmes informatiques de la communauté des établissements de la Déodat. Pour identifier et analyser ses risques, l'établissement a utilisé différentes sources de données : réflexions d'un groupe de travail ad hoc, pluri professionnel, résultats IQSS, résultats des audits internes portant sur la tenue du dossier. La hiérarchisation des risques a été réalisée. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les modalités de mises en œuvre du programme sont définies. Le programme d'action défini par le groupe de travail pour l'ensemble des risques identifiés est intégré dans le PAQSS institutionnel et retrouvé dans le compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage global du processus est confié à la communauté des établissements de la Déodat au travers d'un schéma directeur informatique, d'un comité de pilotage et d'une équipe projet DPI chargée du développement du dossier patient informatisé. L'équipe projet a défini des référents métiers sur chaque établissement de la communauté. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage local de la thématique est assuré par un médecin temps plein responsable SSR. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins. Le dossier patient du centre hospitalier de Raon l'étape est informatisé en cohérence avec le schéma directeur informatique de la communauté des établissements de la Déodat. Les demandes d'améliorations et d'évolutions fonctionnelles du logiciel sont centralisées par le référent local et transmises à l'équipe projet DPI. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées sous forme de guide d'utilisation et d'une charte de confidentialité. Les droits du patient concernant son dossier sont précisés dans le livret d'accueil. Il existe également une procédure précisant l'organisation de la communication du dossier au patient. La gestion du droit des patients concernant leur dossier est gérée, au travers d'une procédure, de l'information du patient par le secrétariat de la direction du site. Une politique de formation systématique des professionnels à l'utilisation du dossier patient informatisé est définie. L'équipe projet DPI propose des formations adaptées aux divers métiers utilisateurs du DPI. Les référents complètent cette formation localement. L'équipe projet DPI se charge également du maintien des compétences pour les personnes en place. Les ressources matérielles sont gérées par le service informatique de l'hôpital de St Dié. Il existe une organisation de la maintenance. Une astreinte est en place. Une organisation est définie pour assurer la continuité d'activité en cas d'arrêt du système informatique. Cette organisation est formalisée dans une procédure accessible.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

La taille de l'établissement et la méthodologie mise en œuvre pour l'élaboration de la cartographie des risques et le plan d'action impliquent les secteurs de prise en charge des patients, l'encadrement soignant de l'établissement et les professionnels utilisateurs du dossier Patient informatisé. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les risques identifiés, le suivi du plan d'action et les analyses de pratique. Outre les indicateurs nationaux, des audits sont menés. Depuis que la gestion du dossier est informatisé, la cellule qualité n'a plus reçue de fiche de déclaration. L'établissement réalise également des audits et EPP concernant la gestion du dossier "EPP évaluation et traçabilité de la douleur", "Pertinence et traçabilité de la prescription médicamenteuse", "Traçabilité de la contention physique". La présentation des résultats sous forme d'indicateurs et la réalisation des audits à échéance régulière permettent aux professionnels de mesurer rapidement l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en place. Les formations aux applications informatiques du dossier patient informatisé, à la tenue du DPI, sont mises en œuvre pour l'ensemble des professionnels. Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants prévoit la formation à l'utilisation du DPI. Les formations sont réalisées par l'équipe projet DPI et les référents métiers sur le centre hospitalier. Ces formations sont enregistrées. Les ressources en matériel sont en dotation suffisante pour répondre aux modalités définies pour la gestion du DPI. L'astreinte "informatique" est connue et effective. Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs de prise en charge du patient.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La traçabilité dans le dossier patient informatisé des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est réalisée en temps utile, comme le confirment les observations réalisées lors des patients traceurs. Les documents non inclus dans le DPI sont intégrés dans le DPI après avoir été scannés dès l'admission du patient dans le service ou conservés dans un petit dossier papier annexe. La coordination entre professionnels et informaticien est réalisée par les référents locaux de l'équipe projet DPI. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles par le partage en temps utile des données du patient. Les patients sont informés des modalités d'accès à leur dossier médical par le livret d'accueil. L'établissement n'a pas eu de demande de dossiers depuis 2014.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille annuellement les indicateurs nationaux IPAQSS, y compris lorsqu'ils ne sont pas obligatoires et les indicateurs du programme Hôpital Numérique. Il a également mis en place des "IPAQSS" hors protocole supplémentaires. A partir du DPI, il est possible d'obtenir un éléments des IPAQSS à chaque fois que nécessaire de manière à évoluer vers des "IPAQSS" en continu. Les éléments "IPAQSS" font l'objet d'une diffusion aux personnels concernés et aux instances. Suite aux audits et évaluations, des actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et en lien avec la CRU.

## A / AGIR

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

Le plan d'action est révisé et actualisé semestriellement. Les résultats IPAQSS non conformes ont induit la mise en place d'IPAQSS hors protocole et une sensibilisation des professionnels. Ces derniers montrent une amélioration des résultats sur les items concernés. La mise en place du DPI améliore encore les résultats comme en témoignent les données d'hôpital numérique. 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. Un point d'information est réalisé en CRUQ notamment pour ce qui concerne l'accès du patient à son dossier et les résultats des indicateurs nationaux.

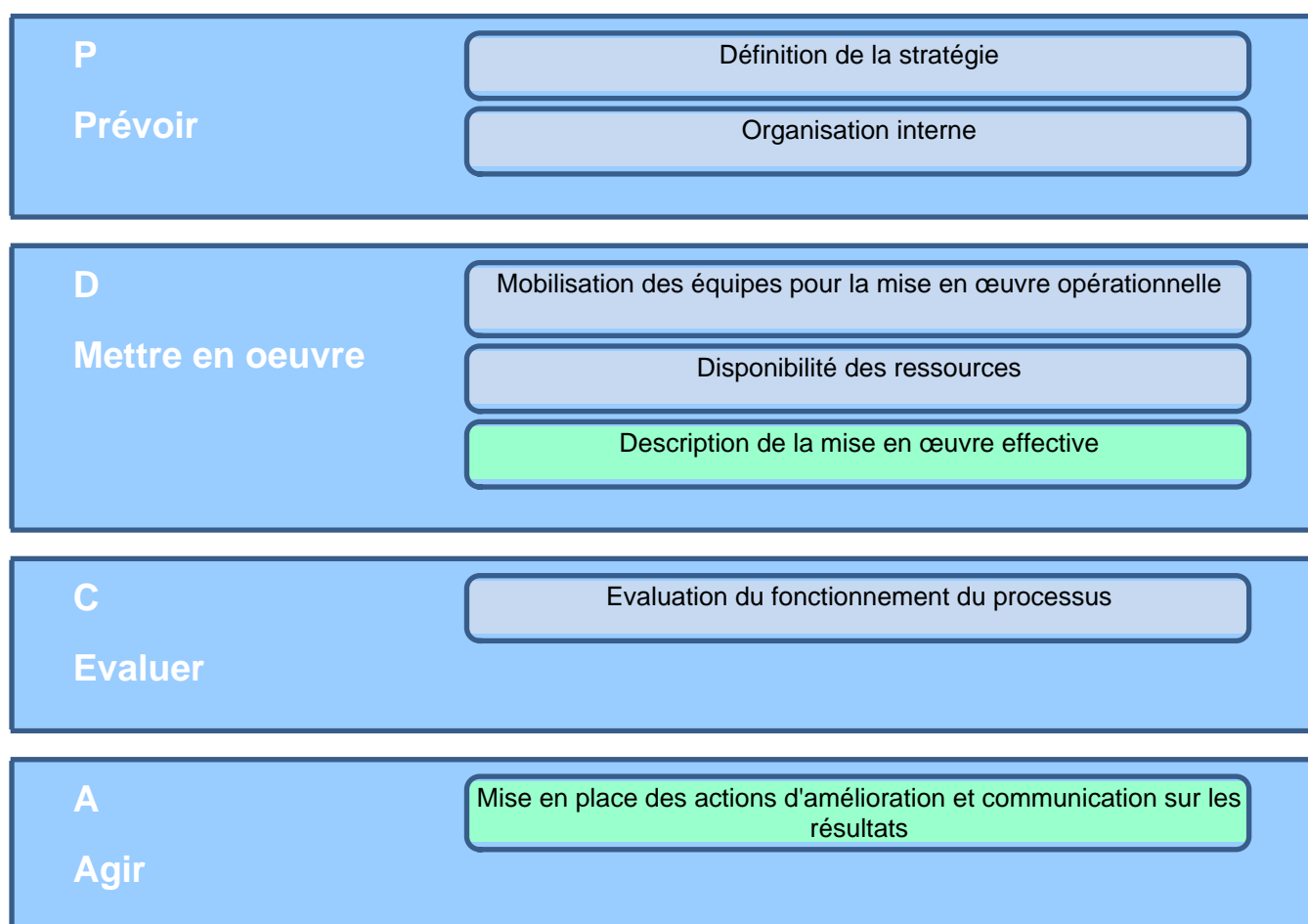
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de Raon l'Etape a défini une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie est formalisée en complément du document de politique Qualité générale de l'établissement. L'établissement a également rédigé une "politique de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé". L'analyse des risques a été initiée depuis 2012 au travers du réseau qualité sud Lorraine (RQSL) qui avait mis en évidence des risques au niveau de l'organisation du processus, de l'administration des médicaments et de la traçabilité. Les données des indicateurs IPAQSS ont été pris en compte. L'établissement a également revu les effets indésirables connus pour ce processus, les CREX et les audits disponibles. Toutes ces données ont fait l'objet d'une synthèse et de réflexions complémentaires lors de réunions de travail d'un groupe pluri professionnel. L'établissement a réalisé une cartographie concernant la prise en charge des médicaments incluant les dispositions spécifiques liées au grand âge selon une méthode AMDEC mise en place en collaboration avec les établissements de la communauté d'établissement de la Déodatie. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a désigné le pharmacien pour piloter le processus. Il existe une fiche de poste qui décrit le rôle et les responsabilités du pilote de cette thématique (RSMQPECM). Compte tenu de sa taille, l'établissement a mis en place un comité général (COVIRIS) regroupant les comités ou commissions institutionnels et en particulier la Commission du Système de Management de la Qualité et de la Prise En Charge du Médicament (CSMQPECM). Les missions de cette commission sont formalisées. La fréquence de réunions du COVIRIS est trimestrielle. Les 6 derniers comptes rendus concernant le CSMQPECM sont disponibles. Les comptes rendus, consultés lors de l'audit sont concis et comportent systématiquement un chapitre faisant la synthèse des décisions. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins. L'établissement organise une formation des nouveaux arrivants, reposant sur accueil, démonstration et mise en pratique sur des temps de travail dédiés à la formation. Le pilote du processus présente systématiquement le livret du médicament à chaque nouvel arrivant. Ce document regroupe les données pratiques nécessaires pour une bonne gestion de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement développe des actions régulières de sensibilisation et de formation à la bonne utilisation des médicaments et aux risques d'erreur médicamenteuses. L'établissement a mis en place une procédure permettant d'organiser une permanence pharmaceutique. Le matériel nécessaire est en place. Une matériovigilance et une gestion des maintenances est en place au niveau de la cellule qualité. Les locaux sont sécurisés. L'établissement développe une informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre du Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI). L'établissement a formalisé une conduite à tenir en cas de panne informatique permettant de poursuivre le processus de prise en charge médicamenteuse. L'hôpital dispose des ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés (GED). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, secteurs d'activité et établissements de la communauté d'établissements de la Déodatie

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

La visite terrain a permis de constater l'appropriation par les professionnels de l'organisation du circuit du médicament. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés, le suivi du plan d'action et le respect de l'organisation définie. La communication autour de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion des risques liés aux médicaments est réalisée grâce à des outils comme l'affichage, les transmissions, les bulletins Qualité et Audit EPP, l'utilisation de l'intranet, la mise à disposition des documents dans la GED et la participation aux divers outils d'évaluation et aux diverses réunions de travail pluridisciplinaires. Les professionnels connaissent les modalités de gestion des effets indésirables, y compris les effets secondaires des médicaments. Les événements indésirables graves déclarés font l'objet de REX. L'établissement réalise des audits et des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur la gestion des médicaments. Ils sont informés de leurs résultats et participent à la définition et la mise en œuvre des actions correctrices éventuelles. Des CREX autour de l'utilisation des poussettes, des méthodes d'écrasement des comprimés sont organisés.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles et humaines nécessaires sont mises en adéquation avec les besoins. En 2015, 15 agents ont suivi une formation en interne concernant le calcul de doses. En 2016, l'établissement a inscrit dans son plan de formation une action concernant l'éducation thérapeutique et deux actions concernant la prévention du risque médicamenteux. Le logiciel de gestion du dossier patient intègre un module de prescription et administration à la disposition des professionnels concernés. Les prescripteurs ont accès à divers aides à la prescription. L'ensemble des documents, actualisés, relatifs au circuit du médicament sont disponibles dans la GED qui est accessible à l'ensemble des professionnels sur tous les postes informatiques. Les locaux de la pharmacie sont conformes à la réglementation. La visite de la PUI retrouve des locaux conformes, sécurisés et organisés. La traçabilité de la gestion des périmés est conforme ainsi que le suivi des températures de l'enceinte réfrigérée. Les chariots d'urgence font l'objet d'une traçabilité de contrôle. Les ressources en matériel sont en dotation suffisante pour répondre aux besoins des secteurs. La maintenance est assurée.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs connaissent l'organisation définie concernant le circuit du médicament et mettent en œuvre les procédures et protocoles établis notamment ce qui concerne la prescription, la dispensation et l'administration des traitements. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre. Les règles et supports de prescription sont utilisés en pratique. L'analyse pharmaceutique incluant le traitement personnel du patient est effective et réalisée par la pharmacienne dans 100% des cas. La gestion du traitement personnel est connue des professionnels. La délivrance du traitement prescrit y compris les antibiotiques à dispensation contrôlée, est nominative et individuelle. La traçabilité de l'administration et de la prise du médicament est assurée en temps réel. La non-administration est également tracée et justifiée. De cette manière, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus est assurée et tracée. Les prescriptions médicales anticipées sont réalisées en fonction des patients par les médecins dès le début de l'hospitalisation. Ces prescriptions sont suivies et réévaluées. Les armoires à médicaments du service sont sécurisées et organisées. La gestion des stupéfiants est réalisée selon la réglementation en vigueur. L'accès aux stupéfiants est limité et contrôlé. L'établissement applique des bonnes pratiques en matière de préparation. L'établissement applique les règles de gestion, rangement et stockage des médicaments. Les médicaments à haut risque sont définis et font l'objet d'un système d'identification spécifique. Les températures des réfrigérateurs pour les médicaments à conserver au froid sont tracées. Le contrôle des péremptions est effectif tant à la pharmacie que dans les secteurs de soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : audits portant sur le respect des règles de prescriptions (Réseau Qualité sud Lorraine), audits portant sur l'administration des médicaments (Réseau Qualité sud Lorraine), audit sur la prescription de médicaments chez la personne âgée. L'établissement a mis en place et suit divers indicateurs qualité pour évaluer régulièrement et faire le suivi du processus de management de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement réalise un bilan d'activité en lien avec le plan d'action Qualité et risques en PECM. Un programme d'action pour les 6 mois à venir est défini. Au regard des résultats, des actions d'amélioration sont soit mises en œuvre immédiatement, soit programmées dans le plan d'actions actualisé.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration programmées dans le plan d'actions des secteurs d'activité et mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des tableaux de bord sont établis et leur diffusion est organisée via un affichage dans les secteurs d'activité, réunions interdisciplinaires et bulletin qualité ou audit EPP. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne (affichage, staffs, bulletins,... et auprès des usagers lors des réunions de la CRUQPC lors des COVIRIS.