



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A blue L-shaped bracket graphic is positioned to the left of the main title.

**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL LYS
HYROME**

**6 rue saint gilles
49120 Chemille
OCTOBRE 2016**

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	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME - SITE DE CHEMILLE	
Adresse	6 rue saint gilles 49120 Chemille
Département / région	MAINE-ET-LOIRE / PAYS DE LA LOIRE
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	490007689	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME	6 rue saint-gilles 49120 Chemille
Etablissement de santé	490001831	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME - SITE DE VIHIER	70 rue nationale 49310 Vihiers
Etablissement de santé	490000650	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME - SITE DE CHEMILLE	6 rue saint gilles 49120 Chemille

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	10
SLD	SLD	30
SSR	SSR	43

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> * Convention de coopération inter hospitalière avec le CH de Cholet : définir et faciliter les modalités de transfert de patients entre le centre hospitalier de Cholet et le CHI Lys Hyrôme * Convention avec l'association l'Arche en Anjou : convention plan bleu
--	---

- * Convention avec l'Equipe mobile gériatrique du CHU d'Angers : intervention de l'EMP en 2nde intention en soutien des équipes
- * Convention avec le service HAD Mauges Bocage Choletais : optimiser la prise en charge des patients qui au décours d'un séjour au CHI Lys Hyrôme souhaitent être hospitalisés en HAD, et relèvent de ce type de prise en charge. A contrario, des patients en HAD peuvent être hospitalisés en médecine ou SSR au CHI Lys Hyrôme.
- * Convention avec l'équipe mobile en soins palliatifs du CH de Cholet : assister l'équipe soignante de l'établissement auprès des résidents en fin de vie par un rôle de conseil et de soutien et participer à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement sanitaire et médico-social. Contribuer également à la formation pratique et théorique des équipes.
- * Convention avec l'EHPAD Les Fontaines de Valanjou : convention de coopération pour faciliter les flux de patients entre les deux établissements et optimiser la prise en charge gériatrique, développer une culture gériatrique commune, faciliter la communication sur les informations relatives aux résidents,...
- * Convention avec l'EHPAD Les Fontaines (Valanjou) : convention plan bleu
- * Convention avec l'ALAHMI (association ligérienne d'aide aux handicapés mentaux et inadaptés) à Chemillé : convention plan bleu
- * Convention avec l'EHPAD Le Prieuré (Montilliers) : convention plan bleu
- * Convention avec l'Unité mobile intersectorielle de gérontopsychiatrie (UMIGP) du CH de Cholet : développer et favoriser la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans souffrant de troubles psychiques, la coordination en matière de soins gérontopsychiatriques, la formation initiale et continue des professionnels dans le domaine de la gérontopsychiatrie,...

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine	A définir	Programmé	/	MCO
2	Adulte ou personne âgée	SSR	A définir	Programmé	/	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

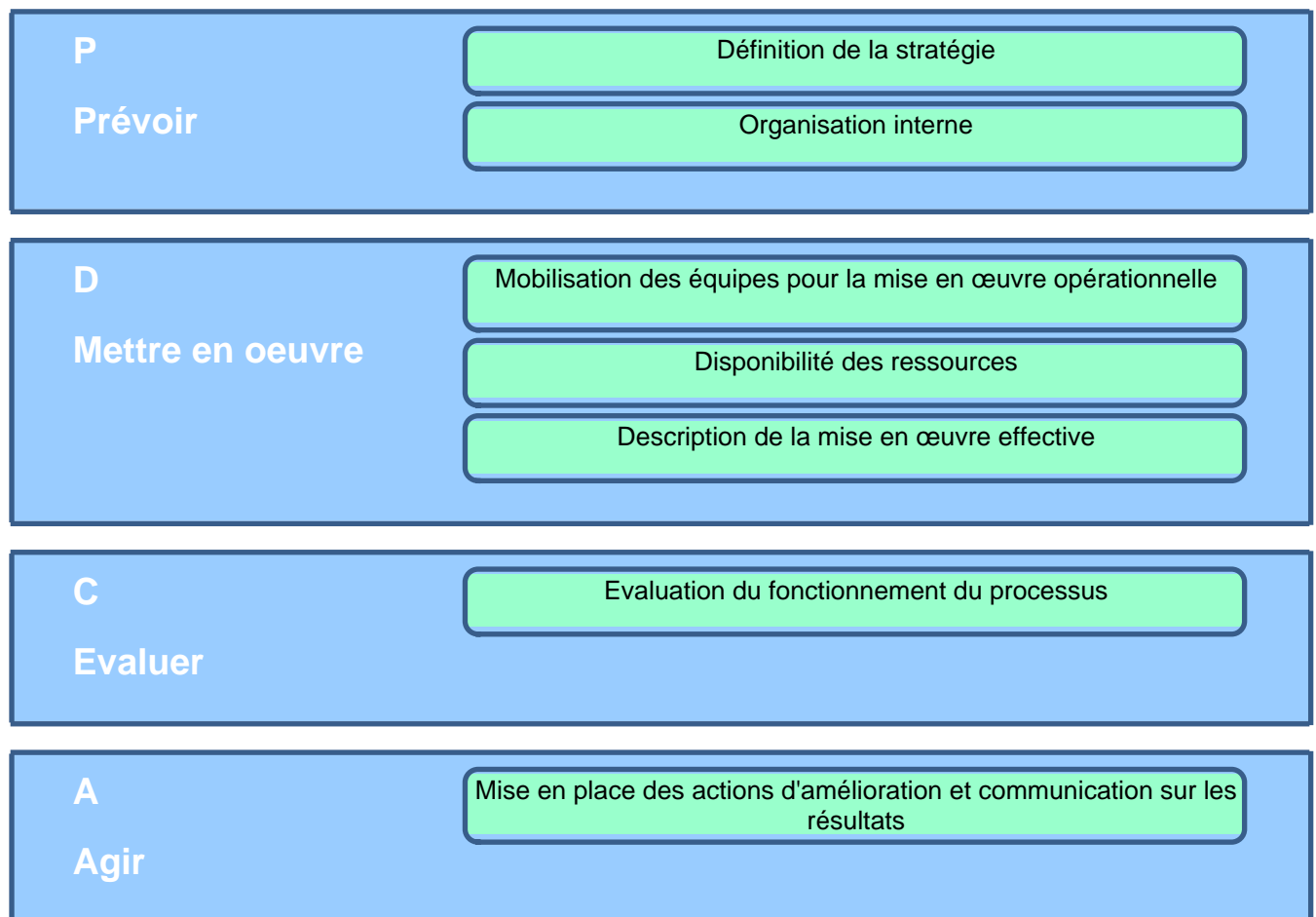
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La politique d'amélioration de la qualité / gestion des risques est inscrite dans le projet d'établissement 2012/2017 et portée par le management. Ses orientations sont reprises dans le compte qualité. Il prévoit 5 actions d'amélioration. Elle n'intègre pas certains éléments déjà intégrés dans le fonctionnement de l'établissement en routine : la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

Dans le cadre de la certification, le comité de pilotage a choisi de réaliser la cartographie des risques à partir de l'outil CARIHOS via le logiciel proposé par le réseau Aquarel Santé.

La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (compte qualité, PAQSS).

Les risques ont été identifiés en y associant les professionnels, notamment dans les groupes de travail thématiques issus de la CME, avec les pilotes et responsables de services.

L'établissement décline sa politique dans un programme d'action (PAQSS). Ce plan mentionne les objectifs d'amélioration, le pilotage des actions, les délais, les modalités de suivi, l'état d'avancement.

La communication en direction des professionnels est assurée par les responsables des instances et référents.

L'établissement s'est mobilisé pour l'élaboration du compte qualité au travers de la mobilisation de ses groupes de travail (groupes thématiques issus de la CME) et ses réunions institutionnelles. Le compte qualité a été saisi par la responsable qualité en lien avec les pilotes des processus.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation mise en œuvre pour le suivi du programme repose principalement sur le comité unique, sous-commission de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Le comité unique est l'instance de pilotage qualité du CH.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par la présence des mêmes acteurs dans ces comités, compte tenu de la taille de l'établissement.

Les représentants des usagers participent, au travers des propositions qu'ils peuvent faire, à la politique qualité / sécurité des soins, notamment (et principalement) dans le cadre de la CRU.

Les rôles et responsabilités des pilotes des groupes douleur, IAS, nutrition et médicaments, QGDR sont précisés dans le manuel qualité.

Ce manuel qualité et gestion des risques précise les différentes missions de chacun, l'organisation du système qualité, la politique, l'organisation de la démarche et sa mise en œuvre, la formation et communication ainsi que l'évaluation.

La RAQ et le gestionnaire des risques disposent d'une fiche métier.

Les missions du coordinateur des risques associés aux soins (le Président de la CME) sont également précisées dans une fiche, avec 0.1 ETP de temps dédié CME - coordination.

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité et à la charge de travail.

Les ressources humaines dédiées à la qualité sont identifiées : RAQ (1 ETP) et gestionnaire des risques (1 ETP). Les vigilants sont nommés.

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée par des journées en doublon (un horaire de matin et un d'après-midi en général). Des journées d'intégration (environ 3 par an) permettent de présenter les projets et l'organisation du CH. Un livret d'accueil et des documents utiles sont diffusés lors de l'arrivée du nouvel agent.

Le programme de formation continue destiné aux équipes soignantes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement et sur la base de formations obligatoires (gestion de l'urgence, bientraitance, droits des patients...). Des sensibilisations qualité et gestion des risques sont régulièrement prévues pour les référents.

Le dispositif de gestion documentaire est défini. Mis à jour par la responsable qualité, il repose surtout sur l'intranet (logiciel qualité) et, du fait de défaillances potentielles du SIH, sur un classeur reprenant les documents essentiels dans la salle de soins. Les procédures en matière de signalement et analyse des événements indésirables (EI), d'exploitation des plaintes et réclamations sont formalisées.

Les interfaces entre secteurs (administration - soins) sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement rend inutile des plans d'action propres au secteur en déclinaison du programme institutionnel. La déclinaison opérationnelle du PAQSS est structurée, placée sous l'égide des

référents ou du top management.
Les responsables des secteurs informent et sensibilisent les équipes sur les priorités définies au niveau institutionnel, et sur le fonctionnement du processus concernant leur secteur, au regard des risques identifiés et des résultats des évaluations.
La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins repose principalement sur leur présence aux réunions institutionnelles, et leur engagement comme référent. A cet égard le CH a identifié 28 correspondants "qualité" et "gestion des risques" dans l'établissement.
Les cadres des services veillent à l'application des consignes et les dysfonctionnements identifiés donnent lieu à des actions correctives. Suite aux EPP, audits et à l'analyse des événements indésirables, des actions correctives sont déployées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont adaptés à l'activité. Le RAQ, le gestionnaire des risques et d'autres cadres ont été formés à la méthode d'analyse des événements indésirables graves (arbre des causes).
Les professionnels sont formés ou sensibilisés par la CGS ou les cadres, lors des réunions de service. Un tutorat (de deux jours) est en place pour les nouveaux arrivants.
Les locaux et matériels sont adaptés à l'activité.
La gestion documentaire est mise à disposition des équipes : procédures, protocoles, sous format informatique (et papier en complément). La communication est relayée par l'encadrement des secteurs. La mise à jour dans les services est effectuée par la RAQ.
Toutefois, le système de gestion documentaire n'est que partiellement opérationnel. Les équipes ont parfois des difficultés à retrouver les documents : pas d'accès au logiciel, documents papier pas tous disponibles. Les documents ne sont pas toujours actualisés (ou disponibles dans leur version la plus récente). Le système d'information de l'établissement était en transformation pendant la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est approprié et opérationnel. Il permet une analyse des causes profondes le cas échéant, selon la méthodologie de l'arbre des causes et associant parfois les acteurs concernés : les EI sont analysés chaque semaine, un CREX a lieu environ une fois par mois. Les signalements sont nombreux (143 en 2015, 118 en 2014) et l'analyse permet d'identifier des actions d'amélioration. Les professionnels rencontrés ont eu l'occasion d'utiliser les fiches d'EI.
La veille réglementaire est effectuée par chaque responsable de secteur (Directeur, RAQ, etc...). Les informations sont transmises notamment par l'abonnement au réseau Sentinelles.
La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques repose sur le comité unique qui s'est réuni 5 fois en 2015 (nombre limité d'acteurs vue la taille de l'établissement).
Chaque groupe de travail thématique a pour mission de mener une EPP, dont le suivi est assuré par ce comité.
Les interfaces entre les services, avec les cabinets des médecins libéraux, avec les structures d'aval et les établissements de santé partenaires sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'organisation de l'établissement permet le déploiement et la mise en œuvre de 10 démarches d'EPP, avec un engagement effectif des professionnels au sein des groupes de travail liés (bien-être, douleur, etc...).
L'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la CRU, est effective (taux de retour des questionnaires de sortie des patients : 30 % en 2015).
L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est effective et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge en lien avec la CRU.

A / AGIR

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

Le réajustement du programme qualité / gestion des risques en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus est réalisé, au moins une fois par an.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégré dans ce programme.
Les résultats sont communiqués aux professionnels par l'encadrement lors des réunions de service et par le biais des instances.
Les EPP sont communiquées en CME.

Les résultats de la politique qualité sont transmis :

- auprès des professionnels via réunions, lettre d'info (l'écho Lys-Hirome) et sur intranet
- auprès des usagers : livret d'accueil, affichage

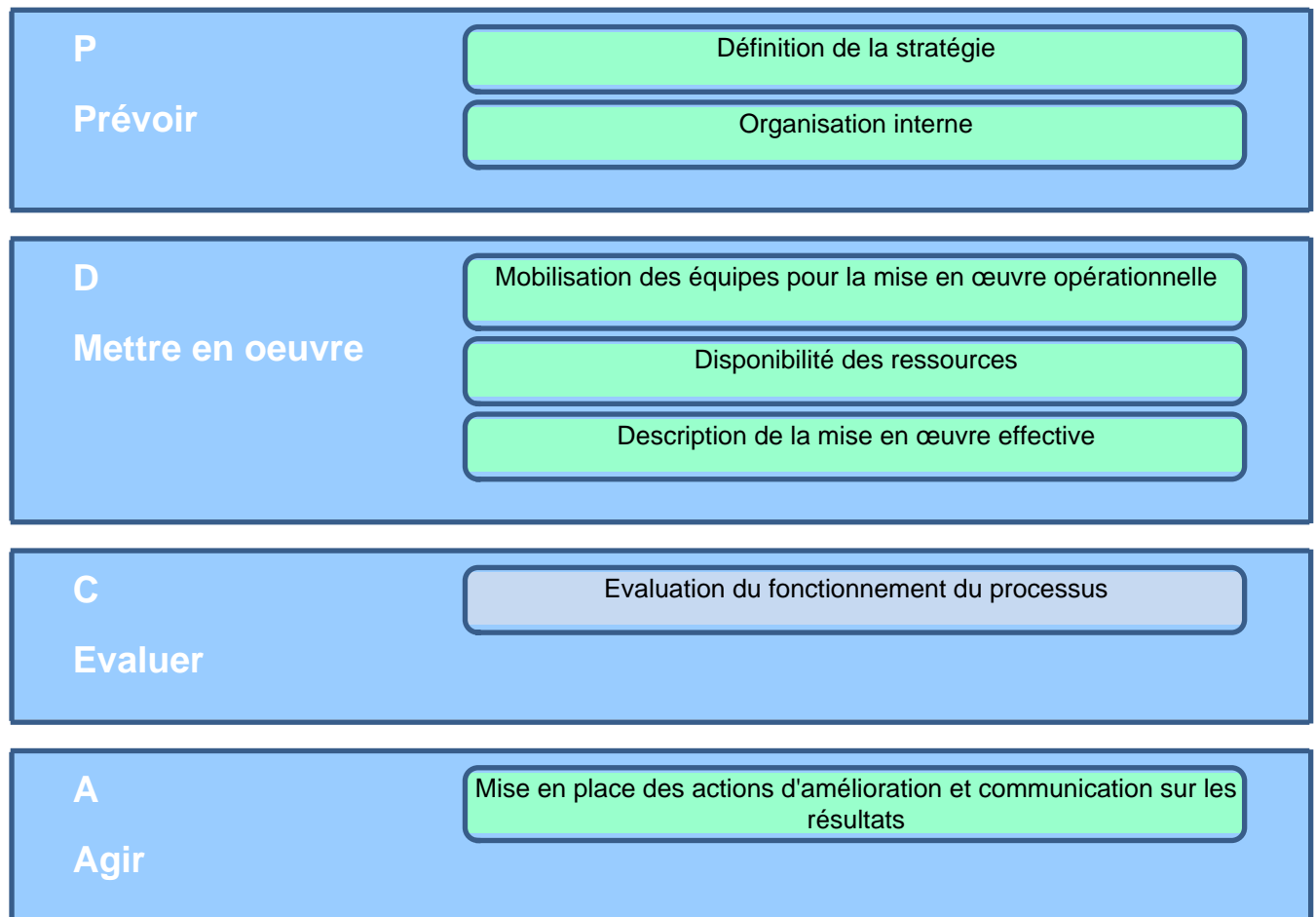
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME évoque les grands axes de la stratégie de prévention du risque infectieux fondée sur une analyse structurée des risques. Dans son compte qualité, l'établissement a identifié deux risques prioritaires avec un dispositif de maîtrise (antibiothérapie ,BMR,)

Le rapport d'activité 2015 du CLIN date de début 2016 avec des éléments liés au document unique des risques professionnels, aux fiches d'EI liés aux soins

Il existe une politique inscrite dans le projet médical 2012/2017 sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse structurée des risques. Le partenariat avec l'équipe d'hygiène hospitalière de CHOLET, assure la surveillance et la prévention des infections nosocomiales pour le CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME.

La SLAE de CHOLET (Structure Locale d'Appui et d'Expertise) apporte un soutien en terme de stratégie et de formalisation de la politique.

L'organisation et les moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis en concertation avec la CME. Les objectifs sont définis. Le président du CLIN fait partie du "comité unique" qualité-sécurité. Des analyses et des mesures de traitement de risques sont réalisées.

Les principaux risques identifiés sont intégrés dans le compte qualité. L'association à la gestion des risques se traduit par une participation à l'analyse des événements indésirables liés aux soins avec l'équipe qualité. Un rapport annuel et un programme d'actions sont validés annuellement par les instances de l'établissement.

La politique en matière d'hygiène des locaux est définie avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les modalités de traçabilité sont en place.

ORGANISATION INTERNE

Au regard des besoins, l'établissement a identifié les ressources nécessaires. Les procédures et protocoles, sont établis. Il existe des procédures d'hygiènes notamment sur les précautions standards et complémentaires en lien avec l'EOH du CH de CHOLET et la CME du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME.

Les rôles et responsabilités des correspondants en hygiène sont connus par les professionnels sont formalisés dans la déclinaison de la politique de maîtrise du risque infectieux qui contient un chapitre sur le rôle et les missions des correspondants en hygiène.

Les responsabilités des professionnels de l'hygiène sont identifiées. Leurs missions sont définies dans le document "politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux".

Ce document précise également les rôles et missions des agents qui assurent l'hygiène des locaux

L'interface notamment avec le laboratoire de biologie est formalisée. Les alertes BMR sont réalisées par téléphone directement dans le service auprès des professionnels de santé.

Des protocoles concernant l'hygiène des locaux sont en place et le suivi de l'hygiène des locaux est organisé avec l'EOH de CHOLET.

La formation des professionnels est organisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène dans le cadre du réseau "CONSOIRES " ce qui permet des échanges de pratiques entre les professionnels de différents établissements.

Des procédures, protocoles et modes opératoires de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis, validés, actualisés et intégrés dans la gestion documentaire (classeur ou informatisé).

La prescription des antibiotiques est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le guide du bon usage des antibiotiques permet de sensibiliser les médecins du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME au bon usage des antibiotiques.

Le pharmacien par l'analyse pharmaceutique apporte ses compétences pour la sensibilisation au respect du bon usage des antibiotiques. La sensibilisation des professionnels s'organise dans le cadre des formations faites par l'EOH.

Trois EPP ont concerné le risque infectieux, une en 2012 sur le zéro bijou, et deux 2012-2014 sur les précautions standards et complémentaires, et sur la pose de voie veineuse périphérique

Le service hygiène accompagne et suit la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, y compris celles issues des signalements, auprès des professionnels des services.

La formation des professionnels à l'hygiène des locaux et à la prévention du risque infectieux est assurée par l'EOH de CHOLET. L'information est ensuite relayée par les référents désignés depuis septembre

2014. Les cadres des services sont également les correspondants en hygiène des services. Ils s'assurent de la conformité des pratiques de manière régulière. Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.

En matière de bon usage des antibiotiques, un guide et des protocoles de bon usage de prescription sont diffusés aux professionnels

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations des professionnels sur le risque infectieux sont assurées en interne par l'EOH du CH de CHOLET. L'infectiologue de l'EOH de CHOLET intervient sur le site en appui de l'antibiothérapie. Des formations régulières sont assurées par le CH de CHOLET par convention; ces formations intègrent notamment celles sur l'hygiène des locaux

La gestion documentaire relative au risque est accessible à tous les professionnels. Des procédures, protocoles et modes opératoires de surveillance et de prévention du risque infectieux validés et actualisés sont communiqués aux professionnels sous forme papier ou informatisé. La communication est assurée par la diffusion d'un bulletin d'information.

Le matériel correspondant aux besoins est mis à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service hygiène accompagne les équipes dans la surveillance des germes et des infections. Elle propose des moyens de prévention et de lutte au sein des services en prenant en compte sa spécificité.

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont en place en lien avec l'EOH : enquêtes de prévalence, suivi des indicateurs ICALIN, audits sur le lavage des mains ...

L'hygiène des locaux est assurée selon les bonnes pratiques et sa réalisation tracée.

Dans tous les dossiers vus pendant la visite, il a été retrouvé une traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème et la 72ème heure dans le dossier patient.

En cas d'alerte, les services de soins appellent le service d'hygiène qui se déplace systématiquement et apporte son aide à l'équipe en difficulté ou en demande. Il donne des recommandations de bonne pratique à mettre en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué sur la base d'outils identifiés.

Les indicateurs sont développés en interne sur la base d'audits : audit annuel hygiène des mains, audit annuel mains bijoux, évolution du taux de SARM, audit d'entretien des locaux.

Le bon usage des antibiotiques est évalué par le suivi d'indicateurs.

Les fiches de signalement d'évènement indésirable relative au risque infectieux sont analysées et traitées avec les cadres lors de la réunion dédiée avec le service qualité-sécurité.

Une EPP a été réalisée sur l'évaluation de l'antibiothérapie à 48 et 72 h, débutée en mai 2009, en étape 4.

Les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales sont recueillis.

Toutes ces évaluations régulières sont exploitées et conduisent à l'identification d'actions d'amélioration.

Les résultats sont communiqués aux professionnels par affichage dans les services

A / AGIR

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

L'établissement s'est engagé dans la démarche "Stop Risk" sur les bonnes pratiques professionnelles en matière de maîtrise du risque infectieux. Quatre actions ont été mises en place : hygiène des mains, équipements de protection individuelle, AES, environnement.

Il existe un dispositif institutionnel structuré d'amélioration de la maîtrise du risque infectieux. Les actions inscrites dans le compte qualité sont pertinentes et les modalités de suivi permettent de structurer leur mise en œuvre.

Les risques liés au risque infectieux identifiés dans les cartographies des processus de prise en charge du patient, donnent lieu à des actions d'amélioration suivies dans le compte qualité et dans le PAQSS.

Des actions d'amélioration, issues des évaluations, des audits et des suivis d'indicateurs sont également mises en place en ce qui concerne l'hygiène des locaux, la maîtrise du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques.

L'efficacité de ces actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et à fixer de nouveaux objectifs.

Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, de qualité et de sécurité des soins, d'évaluation de la satisfaction ainsi que les résultats de la procédure de certification sont affichés sur les différents supports dynamiques et sur le site internet de l'établissement.

Toutes les EPP identifiées ont fait l'objet d'une communication des résultats en instances et auprès des professionnels concernés par le thème abordé.

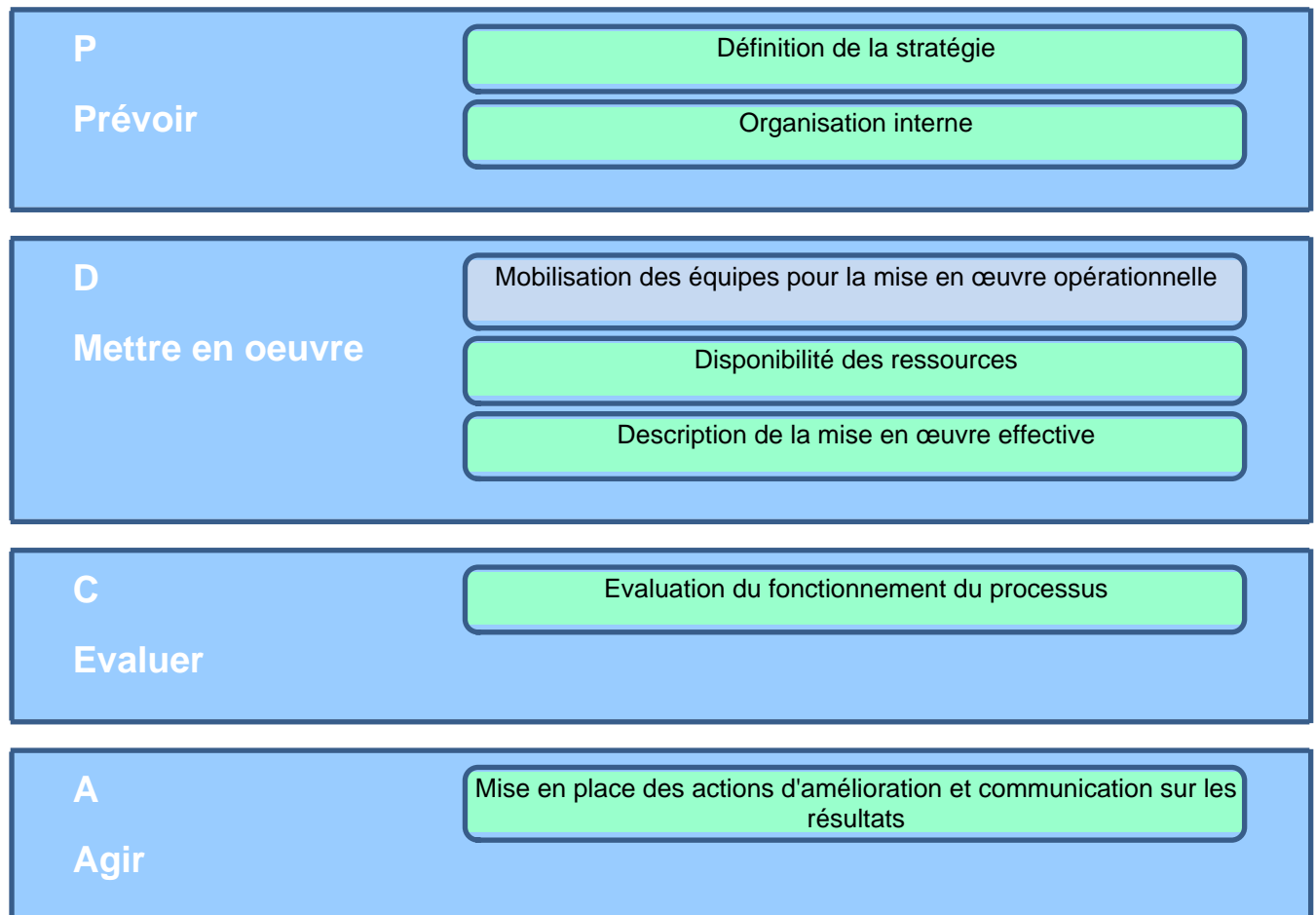
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2012-2017, comporte un « projet bientraitance » et intègre le respect des droits du patient dans le projet de soins.

Trois risques sont identifiés dans le compte qualité concernant l'éthique (directives anticipées), le risque de maltraitance et l'insuffisance du dispositif d'annonce en cas de dommage lié aux soins. Au cœur de cette stratégie, il existe un vrai engagement du management en faveur de la bientraitance. Les objectifs sont élaborés sur l'identification des principaux risques propres à l'établissement et tiennent compte du contexte et des missions d'hôpital de proximité.

Les actions définies dans le programme d'actions global, outil de suivi partagé et commun à tous, visent la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, la prise en charge de la douleur, le respect des libertés individuelles. Deux autres actions d'amélioration sont prévues dans le compte qualité (directives anticipées, annonce d'un dommage lié aux soins).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus droits des patients est organisé à partir du comité bientraitance et du comité éthique. Une fiche de mission transversale et le manuel bientraitance précisent les rôles de chacun.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Les besoins en formation pour les droits des patients sont inscrits dans le plan de formation 2016, ils concernent principalement la promotion de la bientraitance (Humanitude) et l'annonce d'un dommage lié aux soins.

Les ressources documentaires sont identifiées et en place. Elles concernent les procédures de signalement des actes de maltraitance, d'accès au dossier médical, d'annonce d'un dommage lié aux soins, d'usage de la contention, etc... ainsi que l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient et au recueil de son consentement ou du refus de soins.

Les ressources matérielles facilitent majoritairement la confidentialité et l'inimité (bureaux d'accueil, chambres à un lit, paravents en nombre suffisant pour chambres à deux lits...). La charte du patient hospitalisé est affichée en chambre.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est réalisée (livret d'accueil, affichage).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des différents services se saisit des actions ciblées dans le programme d'actions qualité et gestion des risques sur le thème de la bientraitance. Il n'a pas été nécessaire d'établir des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme institutionnel vue la taille de l'établissement.

Une sensibilisation des professionnels et des actions de formation importantes (59 % du personnel formé à la méthode Humanitude fin 2015) ont lieu en rapport avec les droits des patients. Les équipes se mobilisent autour de la mise en place des actions concrètes (ex : charte de bientraitance...). Par ailleurs, des correspondants "bientraitance" sont présents dans tous les services, avec des suppléants.

Des actions visant à la promotion de la bientraitance ont été mises en œuvre : adoption et communication autour d'une charte. Les professionnels signalent les cas de maltraitance comme prévu dans la procédure.

La direction puis chaque responsable de service disposent des résultats des questionnaires de satisfaction.

L'ensemble des résultats est restitué aux équipes et des actions d'amélioration sont planifiées.

Les professionnels se sont mobilisés pour mettre en place les actions d'amélioration définies par le comité bientraitance. Ces actions sont notamment relayées par les correspondants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (en termes d'effectifs et de formation) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les personnels soignants, les psychologues, les personnels de rééducation sont en place pour offrir un accueil personnalisé et un soutien à l'entourage, si besoin. Les formations des professionnels intègrent la dimension des droits des patients notamment à travers des formations bientraitance - Humanitude, prise en charge des patients en fin de vie, douleur...

Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à ce thème via le livret d'accueil du personnel, intégrant la charte de bientraitance, et des documents spécifiques, comme la conduite à tenir avec des patients Alzheimer.

Les professionnels ont à leur disposition les procédures, modes opératoires et formulaires portant sur le droit des patients : procédure de signalement des actes de maltraitance, d'annonce d'un dommage lié aux soins, sur la contention, la désignation de la personne de confiance... Les professionnels ont accès à la gestion documentaire actualisée via le logiciel spécifique.

Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose majoritairement de chambres particulières mais aussi de chambres à 2 lits. Des équipements, type rideaux sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre double. Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations le nécessitant peut être réalisé dans une salle à part. L'établissement dispose de lits d'appoint pour accueillir les proches des patients. Organisation et pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles, avec des réflexions autour de l'éthique et de la pratique de la contention. L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée dans tous les services (affichage de la charte des droits du patient, de la charte de bientraitance) et par le livret d'accueil. En cas de dommage lié aux soins, l'équipe se réfère à la procédure validée sur l'établissement. L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé ainsi que du refus de soins, le cas échéant. La personne de confiance est tracée sur le logiciel. L'expression des plaintes et réclamation des patients et de leur entourage est favorisée. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec l'encadrement médical et paramédical du service concerné. Les représentants des usagers sont informés dans le cadre de la CRU. La CRU, en place et fonctionnelle conformément à son règlement intérieur, s'est réunie quatre fois en 2015. Un comité d'éthique a été également réactivé en 2016. Un comité bientraitance se réunit régulièrement. Toutefois, les conditions d'hébergement dans les chambres doubles ne garantissent pas le respect de l'intimité du patient, ni parfois de la confidentialité. Les chambres ne disposent pas de douche ou baignoire. Il existe une salle de bains commune. Il n'est pas toujours possible de faire sortir le deuxième patient afin de garantir la confidentialité des échanges. Des paravents sont toutefois utilisés lors des soins d'hygiène. De plus, la traçabilité de l'accord du patient concernant son projet thérapeutique n'est pas majoritairement assurée. Le critère "participation ou accord du patient à son projet thérapeutique" de l'indicateur IPAQSS tenue du dossier patient bien qu'ayant progressé est encore loin du seuil des 80%.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation des questionnaires de sortie, avec des taux de retour satisfaisant (30 % en 2015). Des audits ont lieu, en lien notamment avec les EPP. Des patients traceurs ont été réalisés afin de faire le bilan de l'existant à partir de la grille HAS dont certains items sont en lien avec les droits des patients. Le nombre de plaintes et réclamations est suivi au cours de l'année ainsi que les éloges. Un bilan annuel de la CRU est réalisé et communiqué. La CRU s'assure de la réalisation des actions qu'elle peut proposer (2 en 2015). Elle analyse qualitativement les observations des patients.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre autour de la contention, en lien avec le programme EPP et sont intégrées dans le programme de l'établissement. L'analyse des résultats permet d'identifier des actions correctives. Les résultats sont diffusés au Comité unique, en lien avec le groupe bientraitance. Des supports et modalités de diffusion sont définis. Les résultats des indicateurs sont communiqués en interne auprès des professionnels et des usagers, ainsi qu'en externe (site internet).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

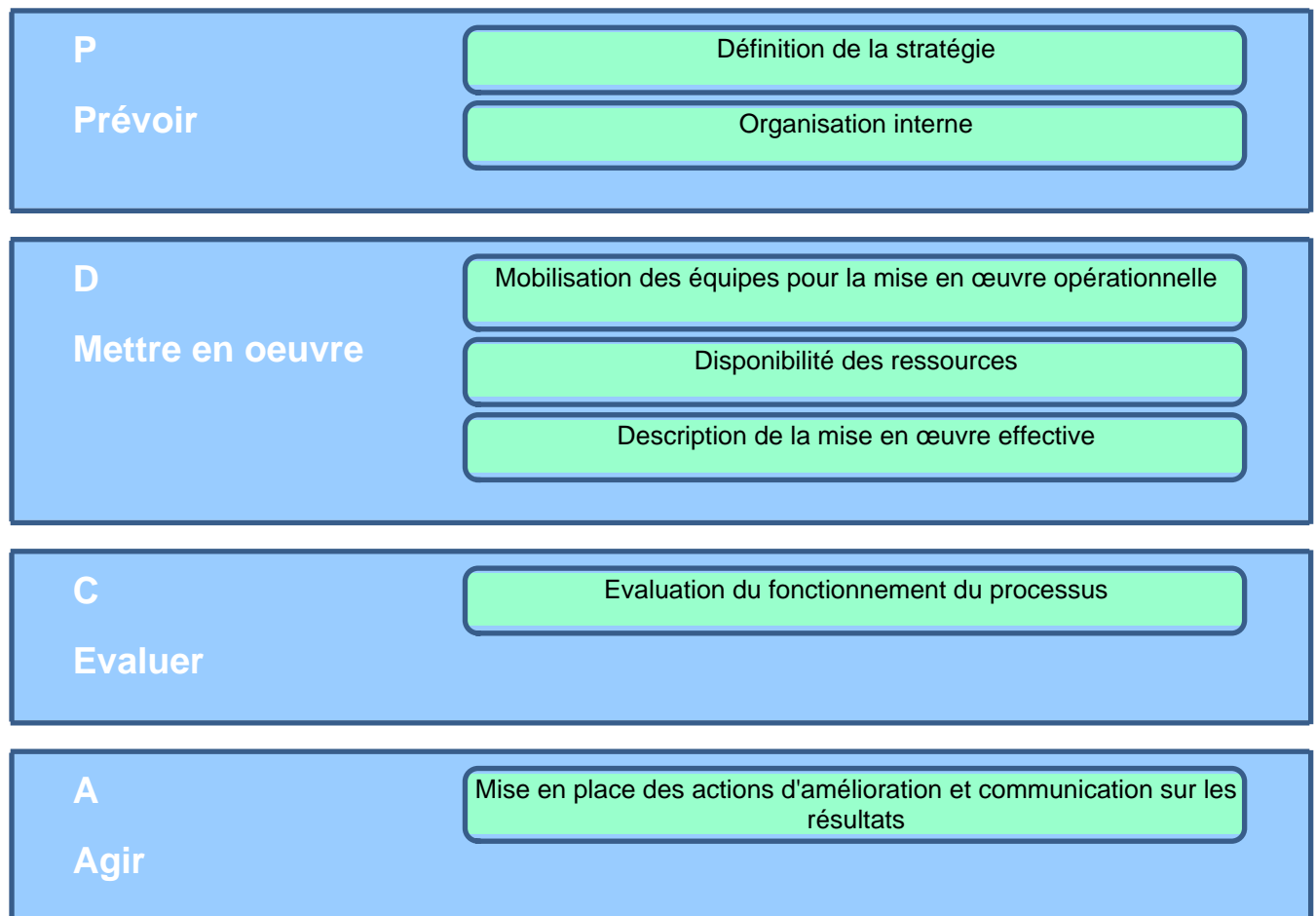
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 projet médical 2012/2017 du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME est formalisé et a été validé en septembre 2014. Il constitue le socle de la prise en charge de l'établissement. Il est réalisé sur la base d'une étude démographique et des conditions de vie du territoire. Le projet d'établissement tient compte du contexte territorial, des missions d'hôpital de proximité et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Il est construit autour de 5 axes stratégiques qui montrent les orientations qui guideront l'évolution et le développement de l'établissement, à savoir : s'adapter aux besoins de la population, faire évoluer les modalités de prise en charge, cultiver des logiques de transversalité et promouvoir l'innovation et la prévention.

Un programme qualité sécurité est décliné au niveau institutionnel. Il comprend des objectifs en matière de qualité et gestion des risques dans le management, l'accueil et le respect des droits des patients.

Une analyse des risques a été conduite dans le cadre du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes des processus sont le médecin et le cadre de l'unité. Les effectifs sont prévus et permettent une prise en charge de qualité. Le plan de formation est très bien structuré et de très nombreuses formations en rapport avec les axes stratégiques du projet médical sont organisées. Les locaux et équipements nécessaires à la prise en charge sont prévus.

Les modalités de prise en charge des urgences vitales sont définies : organisation de l'urgence, chariot d'urgence, DSA, formations à l'AFGSU, actions de sensibilisation au sein de la population.

Le suivi somatique est organisé tout au long de la prise en charge par les PH de l'établissement.

Des modalités d'organisation ont été mises en place : guichet unique, accueil téléphonique, signalétique, modalités de remise du livret d'accueil et de recueil du questionnaire de satisfaction.

Chaque service de soins (Médecin SSR et USLD) a développé sa politique d'accueil et ses propres outils. Un livret d'accueil et des questionnaires de sortie ont été formalisés.

Toutes les procédures sont intégrées à la gestion documentaire informatisée et également en format papier. Les classeurs de procédures papier présents dans les postes de soins sont à jour.

Cependant, la prise en charge du risque suicidaire n'est pas formalisée. Il n'existe pas dans les dossiers d'outils permettant l'identification et la prise en compte du risque suicidaire. Pour autant, les équipes sont attentives à repérer chez tous les patients d'éventuelles idées suicidaires et à alerter le médecin du service. Dans le même temps des mesures sont prises pour assurer la sécurité du patient (fenêtres de chambre bloquées, retrait des objets dangereux et des médicaments à disposition du patient).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité met en place des actions d'amélioration en lien avec les objectifs institutionnels. Des processus de prise en charge ont été formalisés dans tous les services permettant une identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise des risques sont déclinés. Des informations régulières sont transmises dans le cadre de réunions institutionnelles. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Les prises en charge des patients sont réévaluées dans des réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires (le Lundi en Médecine le Mercredi en USLD et le Jeudi en SSR).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CH de CHEMILLE met à disposition des ressources en compétences adaptées avec des effectifs suffisants et formés. Les services sont dotés de locaux et d'équipements répondant aux besoins des patients et des professionnels.

Pour l'évaluation de la douleur les équipes utilisent soit l'EVA soit l'ALGOPLUS chez le patient non communicant.

Pour évaluer le risque d'escarres les équipes utilisent l'échelle de Braden.

Des modalités d'organisation ont été mises en place : accueil téléphonique, signalétique, modalités de remise du livret d'accueil et de recueil du questionnaire de satisfaction...

La documentation actualisée est accessible sur le logiciel dédié.

De nombreuses conventions sont en place avec le CH de CHOLET et le CHU d'ANGERS dans de nombreux domaines : soins palliatifs, gériatrie, risque infectieux et gérontopsychiatrie entre autres.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans le cadre de l'organisation pour une meilleure qualité des prises en charge, des groupes de travail transversaux ont été mis en place dans le but d'homogénéiser les pratiques en matière de prévention et de traitement de certaines prises en charge spécifiques à l'exemple du groupe de travail sur les escarres. Ainsi il existe un groupe douleur, un groupe nutrition, un groupe escarres et un groupe dossier patient

Les admissions en SSR sont programmées à partir du dispositif "TRAJECTOIRE". Les admissions en Médecine sont gérées par la "Cellule d'orientation" (plate forme téléphonique du CH). Lors de l'accueil d'une personne âgée de + de 75 ans dans un service, il est fait appel si besoin à l'équipe mobile de gériatrie du CH de CHOLET ou du CHU d'ANGERS si besoin. En cas d'accueil d'un patient en soins palliatifs le service peut demander l'expertise de l'EMSP du CH de CHOLET. Un groupe soins palliatifs est en place depuis 2014.

Une évaluation initiale de l'état de santé et des besoins est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. S'il y a une nécessité d'avis complémentaires, un recours à des avis est réalisé selon l'organisation formalisée.

Un projet de soins personnalisé, prenant en compte la réflexion bénéfico-risque, est élaboré avec les professionnels concernés.

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.

La coordination des soins est assurée par des réunions hebdomadaires le Lundi en Médecine le Mercredi en USLD et le Jeudi en SSR.

Un système de présence et de gardes et astreintes permet d'assurer la permanence des soins 24h/24.

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge des troubles nutritionnels en l'absence de diététicienne avec le recueil et le suivi tout au long du séjour de l'IMC et la mise en place d'une assistance nutritionnelle si besoin.

La douleur associée aux soins est prise en compte par des prescriptions anticipées ou par l'utilisation du MEOPA au moment des pansements ou des toilettes douloureuses.

Les chutes sont déclarées et analysées par un groupe spécifique qui met en place des actions de prévention avec l'ergothérapeute.

Les contentions sont prescrites par le médecin dans des conditions respectant les bonnes pratiques.

Les urgences vitales sont assurées en intrahospitalier par du personnel formé avec du matériel adapté (chariot et DSA dans tous les services).

En cas de décès la prise en charge est réalisée selon la procédure formalisée.

La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.

Le jour de la sortie tous les documents nécessaires à la continuité des soins sont remis au patient y compris la synthèse kiné et ergo notamment en cas de visite à domicile

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite.

L'entourage est associé à la planification et à la préparation de la sortie.

Les interfaces sont opérationnelles entre les divers secteurs d'activité.

Cependant, il n'existe pas d'actions formalisées d'éducation thérapeutique, ni d'inscription de l'établissement dans un réseau départemental d'éducation thérapeutique. Au moment de la visite dans les 3 services sanitaires, il n'existe pas de programme formalisé d'éducation thérapeutique hormis quelques actions de sensibilisation des patients à la gestion de leur maladie ou de leur traitement comme par exemple pour les diabétiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont assurées régulièrement par le pilote du processus concerné ainsi que leur suivi. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

L'activité de Médecine et de Soins de suite et de réadaptation fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi au travers des indicateurs IQSS.

En 2014, les résultats des IPAQSS sont au dessus du seuil des 80% pour la traçabilité de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et l'évaluation du risque d'escarres.

Des audits et EPP sont réalisées dans les différents services : audits douleur, nutrition, escarres.

Une EPP sur les contentions est en cours tout comme une EPP sur le dépistage des troubles nutritionnels, la prévention des chutes et la traçabilité du dépistage de la douleur chez tous les patients admis au CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME.

Chaque service (Médecine SSR et USLD) évalue son projet de service à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs avec l'accompagnement de la direction des soins.

Des actions d'amélioration sont planifiées avec des pilotes et un calendrier.

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 communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers. Elle est réalisée lors des réunions de cadres, comités qualité et instances et par le biais de supports d'information (journal interne, intranet, affichage)

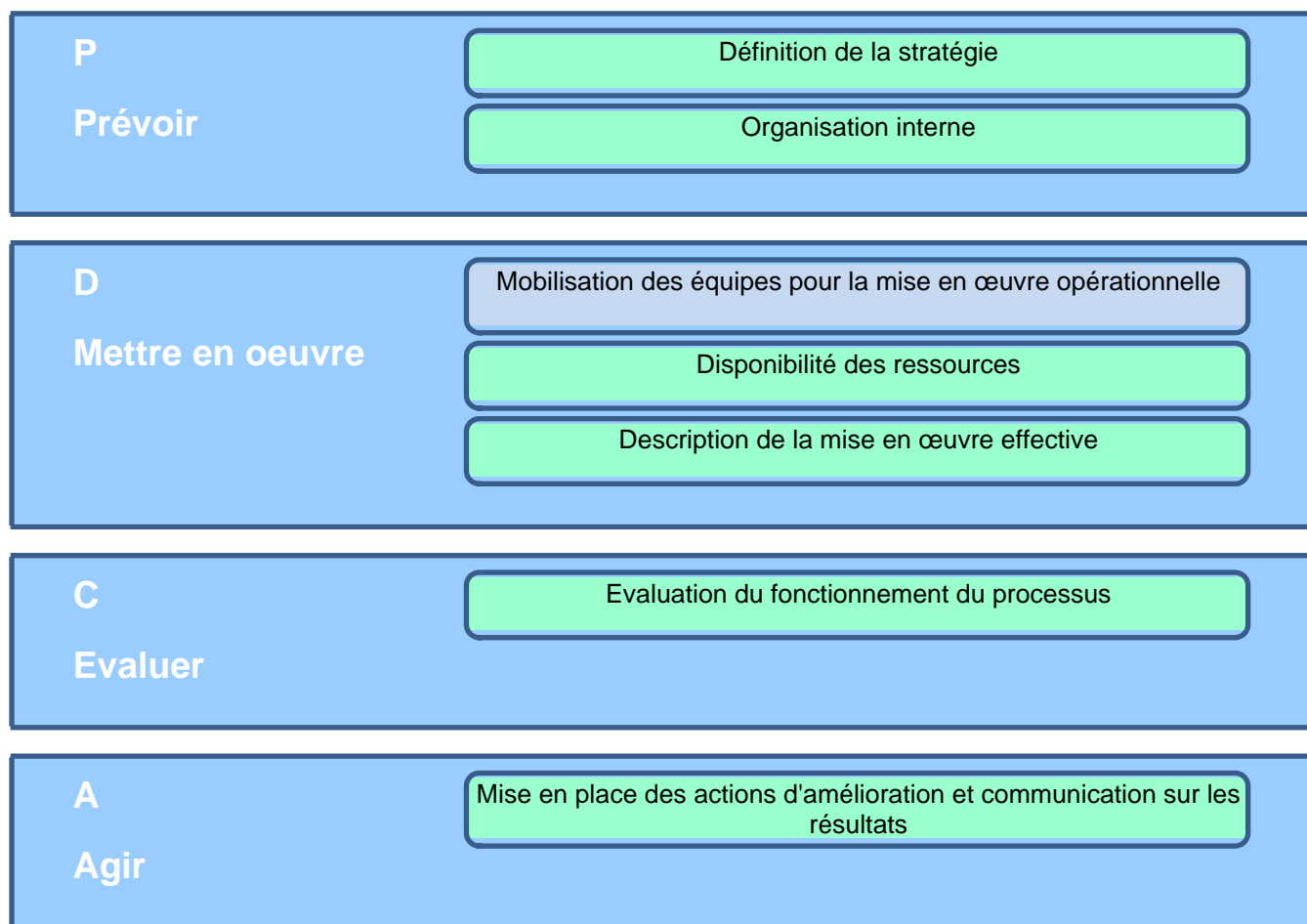
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2012-2017 du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME compte un volet projet informatique dont la fiche action prévoit de "Mettre en place un dossier patient informatisé". Ce projet est intégré dans le schéma directeur du système d'information. Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres au CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME. Cette politique est validée par les instances concernées. Le dossier patient informatisé est un objectif stratégique prioritaire et a fait l'objet d'un plan de déploiement structuré dans l'ensemble des secteurs avec un programme d'action formalisé et priorisé. Le dossier médical et le dossier de soins sont complètement informatisés dans les services de soins.

ORGANISATION INTERNE

Le CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME a mis en place une organisation pour piloter le processus Dossier Patient autour d'un groupe de travail qui est intégré au "comité unique". Un groupe de travail "Dossier de Soins" est en place depuis plusieurs années. A chaque nouveau support instauré, le groupe le valide et le document est présenté en Commission des Soins. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels composant le groupe de travail. Dans le cadre du développement du dossier informatisé, deux professionnelles sont dédiées à l'accompagnement de la mise en œuvre du déploiement de l'informatisation du dossier patient. Un cadre de santé et la directrice des soins sont chargés d'accompagner le déploiement du projet en lien avec le prestataire extérieur. Le service informatique gère les profils et les accès des professionnels au logiciel de gestion du dossier patient. Une infirmière du service est référente du dossier patient. Plusieurs réunions ont permis de mobiliser les acteurs sur ce sujet. Il existe des règles de gestion et de tenue du dossier patient. Elles sont formalisées et validées. Ces règles décrivent la tenue du dossier, sa composition ainsi que l'utilisation des différents supports d'information. L'accessibilité du dossier est facilitée par un logiciel spécifique. L'archivage est organisé. Les documents prévoient l'articulation entre les supports papier / informatique. Il existe un guide pour la gestion du dossier patient. Le dossier papier est en fait un classeur qui se trouve au secrétariat médical et qui permet à la secrétaire d'archiver au moment de la sortie les documents papiers comme les ECG, les formulaires de la personne de confiance, certains courriers, etc. Les secrétaires peuvent localiser le lieu de stockage du dossier patient. Tout nouveau dossier est constitué par la secrétaire de chaque service. Un n° d'IPP est attribué. En cas de panne, il existe une procédure pour le « mode dégradé ». L'accès du patient à son dossier est organisé : la secrétaire médico-administrative est la référente. Le patient est informé par les secrétariats médicaux. Une mention dans le livret d'accueil informe également le patient de son droit d'accès. Une procédure d'accès du patient à son dossier médical est en place mais n'a jamais été utilisée en pratique faute de demande. Le CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME définit un plan de formation pour l'ensemble des professionnels. La gestion des interfaces est organisée avec les secteurs cliniques pour faciliter la concertation entre professionnels de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement du dossier informatisé a été l'occasion d'une mobilisation importante du personnel. La sensibilisation des professionnels est assurée par les cadres de santé qui s'occupent également de l'évaluation des pratiques pour identifier des actions correctives si besoin. Compte tenu de ses risques et besoins, la gestion du dossier patient s'organise autour d'une démarche institutionnelle en mode projet et d'une gouvernance commune. Les responsables du secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, s'assurent du déroulement des actions et de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Des actions correctives sont mises en place au regard des indicateurs IPAQSS. Les résultats sont

communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sont régulièrement réalisées au sein des secteurs d'activité par les référents dossiers par unité fonctionnelle.

Les secrétaires médicales sont formées au codage PMSI en vue du passage à la TAA et travaillent en collaboration et sous la supervision du Médecin DIM du CHU d'ANGERS. Les professionnels en poste forment les nouveaux arrivants. Un livret d'accueil est en place pour les nouveaux arrivants.

Le matériel est adapté et le WIFI mis en place permet aux professionnels d'utiliser le logiciel au plus près des patients.

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les règles de gestion et de tenue du dossier patient ainsi que celles relatives à l'accès du patient à son dossier sont diffusées dans les différents secteurs d'activité et accessibles via la gestion documentaire.

Tout nouveau support de traçabilité doit être validé par le groupe dossier de soins.

L'accès au dossier informatisé et les locaux des archives sont sécurisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes du dossier du patient.

Les règles sont connues des professionnels du CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LYS HYROME (confidentialité notamment).

Le logiciel d'admission permet de créer une identité unique pour les patients hospitalisés. L'identité à l'aide d'interface est reversée dans le logiciel patients.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des intervenants et soins réalisés au patient est assurée, ce que confirme l'indicateur IQSS sur la tenue du dossier. Ils sont tracés en temps réel afin de permettre la continuité de la prise en charge des patients. Au regard des résultats des indicateurs IQSS en dessous du seuil de 80, le groupe de travail "Dossier Patient" conduit régulièrement des audits. Un plan d'action d'amélioration institutionnel est élaboré. Les actions d'amélioration issues du compte qualité le confirment. Ces actions sont en cours pour l'année 2016.

Les comptes rendus d'hospitalisation sont réalisés lors de la sortie, et respectent le plus souvent les délais définis par la réglementation, ce que confirme l'indicateur IQSS délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Les correspondants externes reçoivent un courrier de sortie de leurs patients par courrier : compte rendu de séjour du patient ainsi que traitement de sortie (remis en propres également au patient le jour de sa sortie).

La relation avec les structures d'aval est organisée. En cas de transfert, une fiche de liaison est en place.

Les dossiers sont transmis aux patients et aux ayants droit dans les délais réglementaires en cas de demande.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs IQSS et hôpital numérique).

Au regard des résultats, le groupe dossier de soins réalise des audits de dossiers sur la qualité des transmissions ciblées et de la tenue du dossier.

La réalisation d'un recueil supplémentaire facultatif en 2015 a été décidé par le Comité de Pilotage Qualité. En dehors du recueil IQSS, une évaluation qualitative de la tenue du dossier de soins (diagramme de soins, transmissions ciblées, tenue du dossier de soins), est réalisé annuellement sur l'ensemble des services de l'établissement.

Les indicateurs de délai d'accès du patient à son dossier sont suivis régulièrement annuellement par la Direction la CRU et le Service Qualité.

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.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Tous les résultats sont présentés dans le Journal Interne pour les professionnels et dans le livret d'accueil du CH pour les usagers.

Une information est réalisée lors des instances et notamment en ce qui concerne les actions d'amélioration en lien avec la CRU.

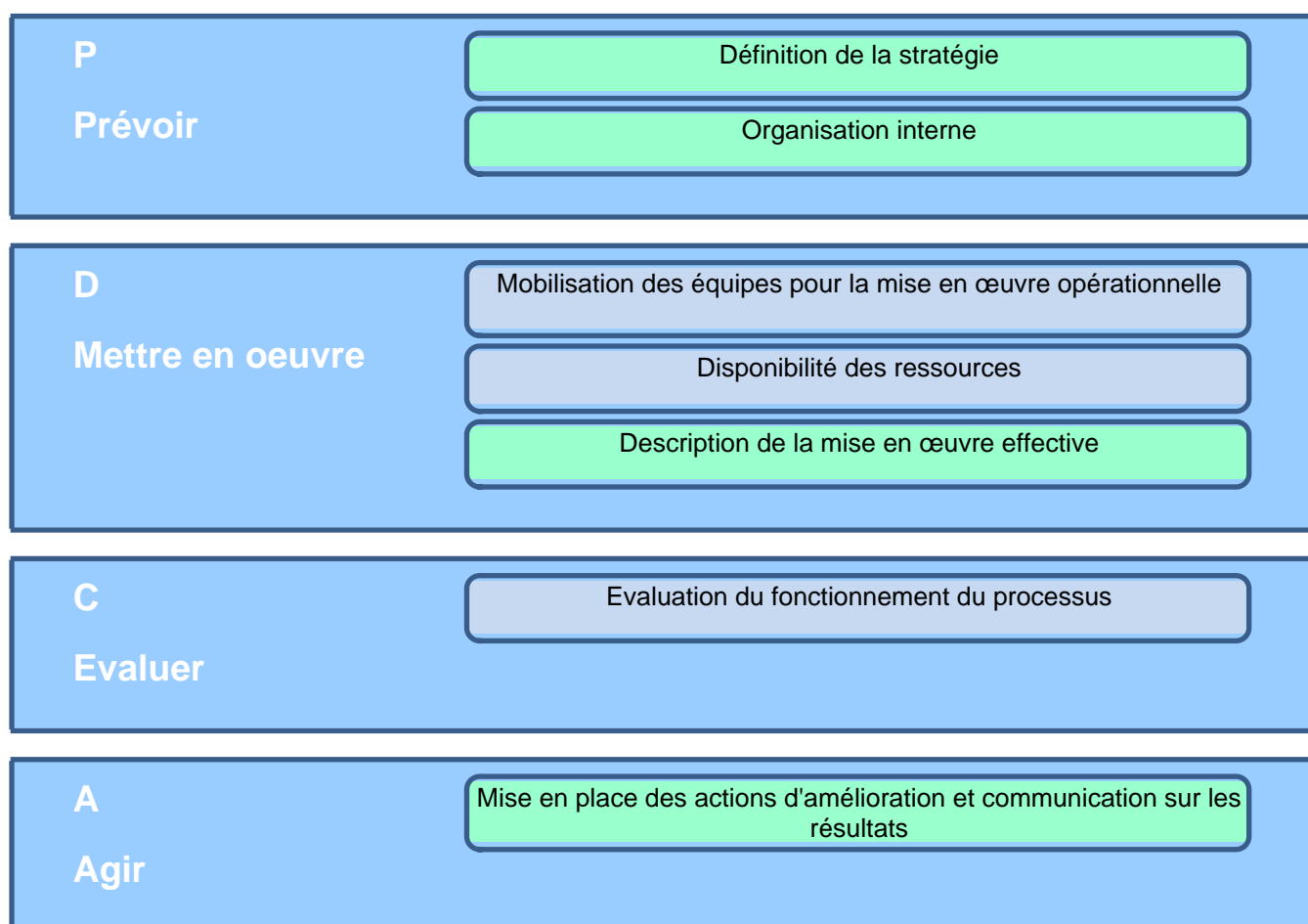
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'appuie sur le contrat du bon usage du médicament 2015-2018, complété d'une politique de la prise en charge médicamenteuse 2014-2017. Cette politique comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé (concernant la iatrogénie).

Elle a été validée par les instances (directoire, CME).

Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base du contrat de bon usage, des analyses de risques, des résultats des indicateurs, des événements indésirables et des pratiques.

Les groupes thématiques en lien avec le médicament ont utilisé l'outil Ageval à compter de la mi-2015, ainsi que Archimed afin d'identifier les risques. L'approche s'est faite par sous-processus pour le circuit du médicament, permettant d'identifier les situations à risque résiduelles et de les hiérarchiser.

Un programme d'actions relié à chacun de ces sous-processus a été établi, de manière très complète, avec échéances, personnes ressources, état d'avancement et indicateurs de suivi.

Le groupe médicament/DM/PECM centralise ces actions et les communique au Comité unique.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la pharmacienne, le co-pilotage par un médecin. Les missions des pilotes, notamment pour les sous-processus, sont précisées dans le manuel qualité de la PECM.

La pharmacienne dispose d'une lettre de mission pour sa fonction de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM), indiquant le temps dédié et l'aide associée.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la pharmacie sont prévues (1,6 ETP pharmacien, 3,6 ETP préparateur en pharmacie, aide pour la manutention).

Le plan de formation témoigne de formations en lien avec le circuit du médicament comme une formation sur la sécurisation du circuit, reconduite tous les ans et effectuée par la pharmacienne.

Pour les nouveaux arrivants est prévu une sensibilisation lors de la journée d'intégration, où la pharmacienne intervient également.

L'établissement a formalisé son organisation dans un manuel qualité diffusé à la suite du déménagement dans les nouveaux locaux du site de Chemillé. Les grandes étapes de cette organisation sont décrites dans diverses procédures générales (préparation et administration des médicaments, commande et acheminement etc....) et des procédures plus spécifiques (concernant certaines classes de médicaments, antibiotiques, etc....). Ces procédures ont été majoritairement remises à jour et sont intégrées dans le système de gestion documentaire informatisé de l'établissement.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires pour le fonctionnement de la pharmacie et des secteurs cliniques et médicotechniques sont définis. Une partie des locaux de la pharmacie permet le stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés et leur approvisionnement. Une zone annexe est réservée à la dispensation et à la préparation des piluliers.

L'accès à la pharmacie est sécurisé par digicode.

L'informatisation du circuit du médicament est effective pour l'ensemble des lits, sur la base d'un logiciel, en adéquation avec le projet du système d'information. Les droits d'accès sont organisés. Ce logiciel est accessible par les praticiens depuis leur consultation ou leur domicile.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le service pharmacie, les secteurs d'activité, la logistique, le service qualité et l'encadrement de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, aidé des responsables de service, du responsable qualité et des correspondants "prise en charge médicamenteuse" organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Cette déclinaison repose sur une concertation et une implication des équipes par des informations régulières. Les huit correspondants, répartis sur les deux sites, permettent de sensibiliser plus facilement leurs collègues sur les risques liés à la PECM et les actions d'amélioration à mettre en œuvre, notamment le gilet jaune.

Les cadres de santé en lien avec la RAQ et le gestionnaire des risques s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La mobilisation des équipes autour de la prise en charge médicamenteuse est facilitée par la taille de l'établissement.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves

ou significatifs examinés dans le cadre du CREX mensuel. L'ensemble des événements indésirables concernant le médicament sont transmis à la pharmacie.

Les professionnels et les praticiens sont sollicités pour participer aux retours d'expérience permettant l'analyse d'un événement signalé comme grave.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin, identifiées avec eux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun. 60 soignants ont déjà bénéficié d'une formation présentielle sur la sécurisation du circuit du médicament, suivie annuellement par une quinzaine de professionnels par session à l'aide d'un support élaboré avec le pharmacien, sur une journée.

La formation des nouveaux arrivants, pour l'utilisation du logiciel, est assurée par le cadre de santé. Pour les aide-soignants, il leur est remis un livret sur "l'AS et le médicament" dans leur pochette d'accueil. Le matériel et les locaux font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance

Les pharmaciens s'auto-remplacent afin d'assurer une permanence sur site les jours ouvrés. En dehors de leur présence, une organisation est en place en cas de besoins urgents, connue des professionnels (dotation en médicaments dans le service, dépannage dans un autre service ou sur l'autre site, appel à l'administrateur d'astreinte pour approvisionnement avec un établissement de santé voisin).

Les ressources documentaires, principalement les protocoles d'organisation du circuit, sont actualisés pour la plupart et accessibles par tous sur la gestion documentaire électronique dans l'ensemble des secteurs. Le paramétrage du logiciel de prescriptions utilisé intègre le livret thérapeutique de l'établissement (réévalué annuellement actuellement) et permet l'accès à la base de données Vidal-Hoptimal.

Un document d'éducation du patient sur les médicaments élaboré fin 2012 est à leur disposition.

Les praticiens ont accès au logiciel de prescription depuis leurs cabinets de consultation jusqu'en secteurs de soins. En mode dégradé une ordonnance papier est produite.

Les locaux de la pharmacie sont récents et leur équipement est approprié à l'activité exercée. L'accès est sécurisé.

L'ensemble des salles de soins sont équipées d'armoires de stockage des médicaments sécurisées par clé et majoritairement fermées. Les piluliers préparés en interne (la nuit) sont stockés dans cette armoire ainsi que les traitements personnels des patients, dans leurs bacs nominatifs, identifiés par une étiquette. Le rez-de-jardin (USLD) et le rez-de-chaussée (médecine-SSR) disposent également d'un réfrigérateur, d'un tiroir à stupéfiants, d'un chariot d'urgence et de chariots munis d'ordinateurs.

Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux dans des armoires fermées est organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées. Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement personnel. Les traitements personnels des patients sont stockés dans des bacs nominatifs, dans l'armoire roulante. Ils sont restitués à la sortie selon l'organisation établie. Les prescriptions et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient.

Les prescriptions sont presque toutes informatisées, y compris les prescriptions de stupéfiants conformément aux règles de bonne pratique. Les règles de prescription sont mise en œuvre, ce que confirme le critère "rédaction des prescriptions pendant l'hospitalisation" de l'indicateur IQSS de tenue du dossier patient.

La réévaluation de l'antibiothérapie est assurée conjointement par le praticien et le pharmacien, avec un blocage informatique pour les injectables.

L'analyse pharmaceutique est assurée pour l'ensemble des prescriptions. Le pharmacien a accès à l'ensemble des données cliniques disponibles dans le dossier informatisé et aux données biologiques.

La délivrance nominative est effective pour les trois secteurs (en piluliers pour l'USLD, en bacs nominatifs pour le SSR-médecine).

L'approvisionnement des différents secteurs est assuré à jour fixe en fonction d'un planning hebdomadaire. Un contrôle des périmés est effectué dans les salles de soins, annuellement par un préparateur et mensuellement par l'IDE. Les chariots d'urgence sont vérifiés mensuellement et opérationnels.

La validation de la distribution du médicament est assurée en temps réel, à l'aide de la prescription informatisée (et réalisée par l'AS matin et soir en USLD).

Le transport est assuré dans des chariots sécurisés, la chaîne du froid est respectée ainsi que la surveillance des réfrigérateurs (quotidiennement pour les températures).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des CREX sont en place. 53 événements indésirables liés aux médicaments ont été répertoriés en 2015, dont 3 graves.

Les interfaces (services de soins, services techniques ou logistiques) sont opérationnelles.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est assurée oralement par les soignants (IDE).

Un relais est pris par les praticiens et les professionnels pour des traitements spécifiques, notamment anticoagulants et antalgiques.

Si le patient est capable de prendre seul ses médicaments, il y est encouragé : une procédure existe sur ce sujet, la traçabilité est assurée dans le logiciel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les groupes PECM, médicament et DM assurent régulièrement le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs utilisés sont qualitatifs et quantitatifs : indicateurs du CBUM, indicateurs IQSS, indicateurs internes.

Trois EPP sont actuellement en cours en lien avec le circuit du médicament. Les résultats des évaluations sont exploités et donnent lieu à la définition d'actions d'amélioration.

Une reconduction d'une analyse Archimède du circuit du médicament est programmée (périodicité annuelle).

Les travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés en partenariat avec les praticiens et les soignants selon les thèmes retenus (prise en charge médicamenteuse, prescription chez le sujet âgé, neuroleptiques).

A / AGIR

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

Suite aux différents audits, des actions d'amélioration sont mises en place. On peut noter par exemple la mise en place de gilets jaunes pour que les IDE ne soient pas dérangées au moment de l'administration des médicaments. La pharmacienne et le gestionnaire des risques assurent le suivi du plan d'action et le diffusent aux différents professionnels concernés.

Des actions visant le bon usage des médicaments ont été mises en œuvre par rapport aux prescriptions de benzodiazépines (validation récente du mode opératoire).

Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats d'audits, le suivi des risques a priori et a posteriori.

La diffusion des résultats se fait en groupe thématique, puis auprès du Comité unique et éventuellement de la CME. Le suivi du programme qualité est assuré dans ces groupes. Ils sont transmis aux professionnels concernés : par la lettre "échoslysirome" ou logiciel de gestion documentaire, en interne.