



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

1 rue roger signor Bp 43083 - 29123 - Pont L'Abbe

DÉCEMBRE 2014

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suivi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	17
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	24
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	28
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	29
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	42
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	47
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	50
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	116

PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

Adresse : 1 rue roger signor Bp 43083
29123 Pont L'Abbe FINISTERE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement de santé privé
d'intérêt collectif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	118	13	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	32	0	0
Soins de longue durée	34	0	0
Santé mentale	20	0	0

Nombre de sites.:	1 site
Activités principales.:	- MCO ; - SSR ; - USLD ; - Psychiatrie.
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine ; - Activité de chirurgie ; - Activité de psychiatrie ; - Activité de soins de suite et de réadaptation ; - Activité de soins de longue durée ; - Accueil et traitement des urgences ; - Traitement du cancer par chirurgie et chimiothérapie (comme site associé au CHIC de Quimper).
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Trois GCS (chirurgie, AMU, plateaux techniques) dans le cadre de l'Union hospitalière de Cornouaille.
Regroupement/Fusion.:	- Avec le groupe HSTV au 01-01-2012 ; - Conventions de coopération EHPAD et SSR sur le territoire.

Réorganisation de l'offre de soins

Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Court séjour gériatrique et MPU.

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

6.f (Achats écoresponsables et approvisionnements) .

20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- La sécurité incendie ;
- La sécurité électrique ;
- Les eaux chaudes sanitaires.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- La désinfection des dispositifs médicaux ;
- Les déchets à risque infectieux et les pièces anatomiques ;
- Les déchets à risque chimiques et toxiques, les effluents liquides ;
- Le secteur opératoire.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

Le dernier contrôle relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux a été réalisé en 2003.

3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

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

4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois un plan d'action avec échéancier pour la recommandation émise sur le critère 20a bis Soins de suite et/ou réadaptation suite à cette nouvelle délibération.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 5: Le système d'information**Critère 5.b
Sécurité du système d'information****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

Partiellement

La politique de sécurité du système d'information est en cours de finalisation. Les responsabilités sont définies. Des sauvegardes sont effectuées deux fois par jour. Toutefois, l'établissement ne dispose que d'une salle informatique hébergeant ses huit serveurs bien que sa délocalisation soit prévue avec externalisation, annoncée pour décembre 2014, du serveur de sauvegarde. L'accès à la salle est maintenant sécurisé (clé + digicode) et formalisé dans une procédure en cours de signature. Afin que tous les soignants ne puissent plus modifier les données des patients des autres services, un groupe de travail Hôpital Numérique s'est constitué et a élaboré un projet de politique de droits d'accès aux dossiers patients informatisés qui n'est pas finalisé. Les profils utilisateurs sont en cours de révision. Une charte d'accès et d'usage du système d'information est également en cours de signature.

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	Un audit du système d'information a été réalisé en février 2014 et un plan de reprise de l'activité a été formalisé en avril 2014 avec la mise en place d'un tableau de suivi des indisponibilités des logiciels utilisés pour les dossiers patients.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.c Gestion de l'énergie

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Partiellement

L'établissement a fait réaliser un bilan de gaz à effet de serre en décembre 2013 et a programmé un diagnostic énergétique des bâtiments pour décembre 2014.

Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

Partiellement

Bien qu'il n'y ait pas encore de politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie définie et formalisée, l'établissement a mis en place depuis juin 2013 des tableaux de suivi des consommations énergétiques (eau, électricité et gaz). Un plan d'actions est en cours d'élaboration pour faire suite aux préconisations du bilan de gaz à effet de serre.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie	Un programme d'actions de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre progressivement. En effet, dans l'attente du diagnostic global énergétique prévu pour décembre 2014, l'établissement a mis en place différentes actions : suivi des consommations énergétiques de chauffage, d'eau chaude sanitaire et d'électricité, isolation des combles d'un bâtiment, essai d'un système écodrain, étude de passage en énergie gaz. D'autres sont en cours ou prévues : réfection de l'étanchéité et de l'isolation d'une toiture (en cours), remplacement des chaudières par des modèles à condensation (prévu en 2017-2018).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Partiellement	L'établissement a initié une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable notamment une étude de faisabilité d'installer un système de production d'énergie solaire collective lors de la construction du futur EHPAD et une autre sur une chaufferie bois.

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.

Oui

La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

En grande partie

Le circuit des déchets a été réorganisé. Lors de la visite il avait été constaté des dysfonctionnements qui ont fait l'objet de rappel des bonnes pratiques et d'actions d'amélioration.
Concernant le bio-nettoyage, un audit mensuel a été réalisé

	En grande partie	puis tracé et montre la conformité en mars 2014. Depuis, le suivi est assuré à l'aide d'une fiche de contrôle remplie quotidiennement. Concernant la fermeture des locaux, les digicodes des locaux intermédiaires de salubrité et du local central de DASRI ont été remplacés par des systèmes à fermeture automatique, par ailleurs des audits mensuels sont réalisés. Concernant l'étiquetage des sacs de DASRI, les bonnes pratiques ont été rappelées à tous les soignants du secteur concerné avec notamment une affiche significative, toutefois, l'établissement indique qu'un contrôle continu est réalisé par le cadre infirmier et l'infirmière hygiéniste mais n'en fournit pas la preuve.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	Les dysfonctionnements ont été identifiés et analysés puis ils ont fait l'objet d'actions d'amélioration mises en œuvre ou en cours, notamment en matière d'identification des sacs DASRI et de sécurisation du local DASRI. L'établissement prévoit en septembre 2014 la mise en place d'une commission réduite d'analyse des dysfonctionnements relevés dans le circuit des déchets.

Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

L'établissement a mis en place une procédure et un support (papier et informatique) de signalement, de traitement et d'analyse des évènements indésirables. Il dispose également d'une procédure de CREX/RMM non punitive pour les professionnels déclarants. Un coordonnateur des risques liés aux soins est nommé et un COVIRIS est en place pour assurer la coordination de la gestion des risques à l'échelle de l'établissement. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies dans le dispositif de signalement. Le support de signalement d'évènement indésirable est disponible pour l'ensemble du personnel de l'établissement. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables sont coordonnés par le COVIRIS et le service qualité et gestion des risques.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

En grande partie

Le personnel soignant et les médecins en CME sont sensibilisés par la responsable qualité, la COGR et les cadres de service à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables. Toutefois, il n'y a pas de formation

	En grande partie	avec des objectifs et des besoins identifiés pour les médecins sur l'utilisation de ces supports bien qu'un rappel sur la procédure concernant le signalement et le traitement des événements indésirables ait été réalisé lors des CME de février et d'avril 2014.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	L'établissement a identifié la RAQ, la directrice des soins, la pharmacienne, le biologiste, les membres de l'équipe RMM et les cadres de santé comme professionnels concernés par le processus de hiérarchisation et d'analyse des causes d'événements indésirables. Ils sont formés aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation. En décembre 2013, une formation "REX et analyse systémique" dispensée par un organisme externe a réuni ces professionnels et certains vigilants et/ou membres du CHSCT. La RAQ suit un DU « Qualité et Gestion des risques ». Par ailleurs, un groupe de professionnels est en cours de formation « référent REX ».
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation établi a permis d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. La structuration de l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est effective. Cette analyse est réalisée en associant les professionnels concernés. Des professionnels sont formés aux méthodes d'analyse des causes profondes d'événements indésirables. La « Commission d'analyse et de réduction des EI » réalise maintenant cette analyse de façon hebdomadaire comme l'indiquent les comptes-rendus des réunions.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	En grande partie	Dans le bilan de gestion des risques établi en 2012, des actions correctives sont identifiées sur les événements indésirables graves en cohérence avec les analyses de leurs causes. Un outil de hiérarchisation des événements indésirables et des actions est élaboré. L'établissement a mis en place un retour systématique au déclarant pour les EI de gravité de 3 à 5. Par ailleurs, pour 2014, un tableau de suivi permet de visualiser entre autres, l'action d'amélioration identifiée, le référent pour suite à donner, les

	En grande partie	personnes à informer, l'avis de la commission et le suivi. Ce PAQ doit être prochainement complété par un calendrier plus précis.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Le dispositif de gestion des événements indésirables de l'établissement a permis d'identifier en 2012 sept typologies d'événements indésirables récurrents (chutes avec blessures, chutes sans blessures, problème linge, fugue, agression, erreur d'identification, erreur médicament et décès inattendus). Des actions correctives, relatives à chacune des sept typologies d'évènements récurrents, sont identifiées. La mise en œuvre de ces actions est en cours de planification à l'échelle de l'établissement.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Un rapport d'étude sur les FSEI a été réalisé en 2013. La plupart des actions identifiées sont en cours de mise en œuvre telle l'EPP sur les chutes. D'autres sont en cours de planification et donc leur efficacité n'a pu être vérifiée à ce jour

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et le fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a, entre autres, pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les processus et circuits d'identification des patients ; - une charte d'identification des patients ; - une procédure de gestion de l'identité des patients accueillis ; - plusieurs modes opératoires : création d'identité, recherche d'identité, vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet, gestion des doublons, contrôles et modifications d'identité. <p>L'informatisation du dossier du patient permet de fiabiliser l'</p>

	Oui	identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants ou confus et des patients du bloc opératoire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. En juin et juillet 2014, une trentaine de personnels de l'accueil administratif et de secrétaires ont bénéficié d'une formation. Par ailleurs, un livret explicatif a été élaboré et diffusé par la cellule d'identitovigilance avec le bulletin de salaire au mois de juin 2014. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Quatre modes opératoires sont établis et mis en oeuvre : recherche d'identité, création d'identité, contrôle et vérification d'identité, pose et retrait de bracelets d'identification, vérification d'identité. Le personnel de l'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte Vitale et carte de mutuelle).

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. La procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident » est en cours d'actualisation. Une check-list de contrôle d'identité avant fusion a été élaborée en vue de l'intégrer dans le dossier patient, traçant ainsi les identités fusionnées.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'EI liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance qui dispose maintenant d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi à compléter (nombre de doublons signalés ou potentiels et nombre de dossiers fusionnés). Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge se met en place progressivement.</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et le fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a, entre autres, pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients ;
- une charte d'identification des patients ;
- une procédure de gestion de l'identité des patients accueillis ;
- plusieurs modes opératoires : création d'identité, recherche d'identité, vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet, gestion des doublons, contrôles et modifications d'identité.

L'informatisation du dossier du patient permet de fiabiliser l'

	Oui	identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants ou confus et des patients du bloc opératoire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. En juin et juillet 2014, une trentaine de personnels de l'accueil administratif et de secrétaires ont bénéficié d'une formation. Par ailleurs, un livret explicatif a été élaboré et diffusé par la cellule d'identitovigilance avec le bulletin de salaire au mois de juin 2014. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Quatre modes opératoires sont établis et mis en oeuvre : recherche d'identité, création d'identité, contrôle et vérification d'identité, pose et retrait de bracelets d'identification, vérification d'identité. Le personnel de l'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte Vitale et carte de mutuelle).

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. La procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident » est en cours d'actualisation. Une check-list de contrôle d'identité avant fusion a été élaborée en vue de l'intégrer dans le dossier patient, traçant ainsi les identités fusionnées.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'EI liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance qui dispose maintenant d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi à compléter (nombre de doublons signalés ou potentiels et nombre de dossiers fusionnés). Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge se met en place progressivement.</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et le fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a, entre autres, pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients ;
- une charte d'identification des patients ;
- une procédure de gestion de l'identité des patients accueillis ;
- plusieurs modes opératoires : création d'identité, recherche d'identité, vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet, gestion des doublons, contrôles et modifications d'identité.

L'informatisation du dossier du patient permet de fiabiliser l'

	Oui	identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants ou confus et des patients du bloc opératoire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. En juin et juillet 2014, une trentaine de personnels de l'accueil administratif et de secrétaires ont bénéficié d'une formation. Par ailleurs, un livret explicatif a été élaboré et diffusé par la cellule d'identitovigilance avec le bulletin de salaire au mois de juin 2014. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Quatre modes opératoires sont établis et mis en oeuvre : recherche d'identité, création d'identité, contrôle et vérification d'identité, pose et retrait de bracelets d'identification, vérification d'identité. Le personnel de l'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte Vitale et carte de mutuelle).

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. La procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident » est en cours d'actualisation. Une check-list de contrôle d'identité avant fusion a été élaborée en vue de l'intégrer dans le dossier patient, traçant ainsi les identités fusionnées.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'EI liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance qui dispose maintenant d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi à compléter (nombre de doublons signalés ou potentiels et nombre de dossiers fusionnés). Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge se met en place progressivement.</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de longue durée
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et le fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a, entre autres, pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients ;
- une charte d'identification des patients ;
- une procédure de gestion de l'identité des patients accueillis ;
- plusieurs modes opératoires : création d'identité, recherche d'identité, vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet, gestion des doublons, contrôles et modifications d'identité.

L'informatisation du dossier du patient permet de fiabiliser l'

	Oui	identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants ou confus et des patients du bloc opératoire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. En juin et juillet 2014, une trentaine de personnels de l'accueil administratif et de secrétaires ont bénéficié d'une formation. Par ailleurs, un livret explicatif a été élaboré et diffusé par la cellule d'identitovigilance avec le bulletin de salaire au mois de juin 2014. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Quatre modes opératoires sont établis et mis en oeuvre : recherche d'identité, création d'identité, contrôle et vérification d'identité, pose et retrait de bracelets d'identification, vérification d'identité. Le personnel de l'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte Vitale et carte de mutuelle).

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. La procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident » est en cours d'actualisation. Une check-list de contrôle d'identité avant fusion a été élaborée en vue de l'intégrer dans le dossier patient, traçant ainsi les identités fusionnées.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'EI liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance qui dispose maintenant d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi à compléter (nombre de doublons signalés ou potentiels et nombre de dossiers fusionnés). Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge se met en place progressivement.</p>

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

En grande partie

La procédure « Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments » est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques à la pharmacie et au niveau des unités de soins. Les supports de prescription et d'administration sont uniques : informatisés dans la quasi-totalité des lits et papier pour les 4 lits d'USC. Toutefois, la pharmacienne est en train de répertorier de manière spécifique les médicaments à risque. Les règles sont donc en cours d'élaboration.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'information demandant au patient d'apporter son ordonnance médicamenteuse ainsi que les règles de gestion de son traitement personnel sont présentes dans le livret d'accueil. Le système d'information utilisé pour le circuit du médicament identifie les médicaments du traitement personnel des patients. Une procédure formalisant les pratiques existantes est en place pour la prise en compte du traitement personnel depuis le 22 mars 2013. Elle est appliquée dans les unités visitées. Les prescriptions de

	Oui	sortie reprennent le traitement personnel après sa réévaluation.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques auprès des prescripteurs sont tracées. L'acheminement des médicaments est sécurisé aussi bien pour la livraison des dotations globales que pour les besoins urgents. La chaîne du froid est respectée lors du transport et pour la conservation dans les unités des soins avec des réfrigérateurs dont la température est vérifiée. Les armoires de service sont remplies et rangées par des préparateurs identifiés qui assurent l'optimisation des stocks. L'identification du médicament est présente dans tous les conditionnements unitaires jusqu'à l'administration au patient. Les piluliers de patients sont préparés par les infirmières de nuit.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	La procédure « Maîtrise du circuit du médicament » validée fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques à la pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, la liste des médicaments à risque et est en cours d'élaboration avec les modalités d'administration.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 56 % pour la campagne de recueil 2011.

	En grande partie	L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions associé au critère. L'informatisation du dossier du patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS impose aux prescripteurs le respect des règles de prescription qui leur sont par ailleurs rappelées en CME.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire qui prévoit son développement à partir de juin 2016.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les professionnels de santé informent oralement les patients sur l'usage de certains médicaments, en particulier des antalgiques et les AVK. La traçabilité de l'information n'est pas assurée dans le dossier du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en utilisant les supports à disposition lors de l'administration du médicament. La non-administration et ses causes sont également tracées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont réalisés sur le circuit du médicament en rapport avec les objectifs du CBUM. En 2012 a été réalisé un audit sur la sécurisation du circuit avec l'outil Interdiag dans chacun des 8 secteurs d'hospitalisation. Son analyse a donné lieu à la définition de 41 actions d'amélioration, validées par la CME. L'audit des armoires à pharmacie de service est effectué en continu par les préparateurs spécifiques.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le plan d'action issu de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament a été mis en oeuvre et son état d'avancement est suivi trimestriellement. Les actions réalisées et finalisées à ce jour portent notamment sur le transport du médicament, l'entretien des armoires et du réfrigérateur de service, l'entretien des piluliers, l'administration du médicament, des formations à l'attention des professionnels...</p>
--	------------	---

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 08/04/2013 au 12/04/2013	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	JUILLET 2014	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.b (Engagement dans le développement durable)	Recommandation	Recommandation
5.b (Sécurité du système d'information)	Réserve	Décision levée
6.f (Achats écoresponsables et approvisionnements)	Recommandation	Recommandation
7.c (Gestion de l'énergie)	Réserve	Décision levée
7.e (Gestion des déchets)	Réserve	Décision levée
8.f (Gestion des événements indésirables)	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

Titre du projet d'amélioration:

Assurer la sécurité du système d'information

Problématique:

5b) sécurité du système d'information

E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

(Partiellement)

Les responsabilités sont définies. Des sauvegardes sont effectuées deux fois par jour. Toutefois, l'établissement ne dispose que d'une salle informatique hébergeant ses huit serveurs et dont l'accès n'est pas sécurisé. L'établissement a envisagé un hébergement externe, écarté actuellement pour des raisons financières. Par ailleurs, la configuration du progiciel de dossier du patient permet actuellement à un soignant d'un service d'accéder et éventuellement de modifier les données d'un patient d'un autre service. Un plan de "continuité de l'admission et de la prise en charge du patient en cas de panne informatique" a été validé et remis aux experts-visiteurs au moment de la visite.

Dysfonctionnement n° 1 : L'établissement dispose d'un seul site d'hébergement

Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé

Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.

E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

(Non)

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Il n'existe pas de plan de reprise d'activité comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital numérique associé validé au jour de la visite. L'établissement a priorisé en 2013-2014 l'élaboration de ce document.

Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs.

Résultats obtenus:

Réalisation d'un audit sécurité du système d'information par une société extérieure

Rédaction du Plan de Reprise d'Activité

Sécurisation de la salle par digicode

Rédaction d'une procédure d'accès à la salle informatique

Tableau de suivi des indisponibilités du système d'information

Rédaction de la politique d'accès au dossier médical

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
MF QUILLIVIC, (responsable du système d'information)	A. BLANCHARD, (informaticien) T. LAILLER, (informaticien) F. VOLEON, (DQSI HSTV)	Accompagnement par la société SANEXIS (AMOA) et AIS

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 1 : L'établissement dispose d'un seul site d'hébergement</p> <p>Action n° 1 Evolution de l'infrastructure du SI : Virtualisation des serveurs et des applicatifs Stockage sur disques SAN sur 2 baies Sauvegarde sur disque et sur bande Infrastructure permettant d'être installée ultérieurement dans 2 salles et d'externaliser le serveur de sauvegarde</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé</p> <p>Action n° 1 Sécurisation de la salle par installation d'un digicode</p>	Réalisée	17/03/14 00:00
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé</p> <p>Action n° 2 Rédaction d'une procédure d'accès à la salle informatique</p>	Réalisée	31/05/14 00:00
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé</p> <p>Action n° 3 Déménagement de la salle informatique dans des locaux à l'écart du public</p>	Prévue	31/03/15 00:00
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé</p> <p>Action n° 4 Déport du serveur de sauvegarde dans un autre bâtiment</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.</p>	En cours	31/07/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°1 Diffusion d'une charte informatique et engagement du professionnel par signature</p>		
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.</p>	Réalisée	31/05/14 00:00
<p>Action n°2 Rédaction de la politique de droits d'accès au dossier patient informatisé</p>		
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.</p>	Réalisée	09/04/14 00:00
<p>Action n°3 Prise de contact avec l'éditeur pour réponses aux pré-réquis HN et confidentialité du dossier</p>		
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.</p>	Réalisée	02/07/13 00:00
<p>Action n°4 Création au sein du groupe HSTV d'un groupe de travail Hôpital Numérique pour travailler à l'atteinte des pré-requis suivi de réunions régulières</p>		
<p>E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service.</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>Action n°5 Révision des profils utilisateurs et des attributions de profils à chaque mise à jour logicielle afin de circonscrire les droits d'accès au service de rattachement du professionnel</p>		
<p>E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs.</p>	Réalisée	17/02/14 00:00
<p>Action n°1 Audit du système d'information par une AMOA</p>		

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs.</p> <p>Action n°2 Rédaction du Plan de Reprise d'Activité</p>	Réalisée	30/04/14 00:00
<p>E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs.</p> <p>Action n°3 Rédaction de la PSSI</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs.</p> <p>Action n°4 Mise en place d'un tableau de suivi des indisponibilités des logiciels (dossier médical et de soins)</p>	Réalisée	01/05/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 1 : L'établissement dispose d'un seul site d'hébergement Evaluation n°1 : Mise en place de l'infrastructure permettant une installation dans 2 salles	Prévue	30/09/14 00:00
E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 2 : L'accès de la salle n'est pas sécurisé Evaluation n°1 Nombre d'accès à la salle informatique	Prévue	31/01/15 00:00
E1 EA1 : La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Dysfonctionnement n° 3 : Un soignant d'un service peut accéder et éventuellement modifier les données d'un patient d'un autre service. Evaluation n°2 Nombre de révisions des profils utilisateurs Nombre d'avis rendus par les instances	Prévue	31/01/15 00:00
E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs. Evaluation n°1 Nombre de mises à jour du PRA	Prévue	31/01/15 00:00
E2 EA1 : Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne. Dysfonctionnement n° 1 : Il n'existe pas de plan de reprise d'activité en cas d'indisponibilité des serveurs. Evaluation n° 2 Temps d'indisponibilité des applicatifs	Prévue	31/01/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Révision de l'audit sécurité tous les 3 ans
Révision au minimum annuelle du Plan de reprise d'activité
Révision annuelle des droits d'accès au logiciel Dossier Patient Informatisé

Validation institutionnelle:

Directeur établissement
Direction siège

Planification des revues de projet:

Le suivi de ce projet est et sera assuré par le COPIL Qualité & Gestion des Risques de l'établissement

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser la gestion de l'énergie

Problematique:

Critère 7.c Gestion de l'énergie

E1-EA1 : Un diagnostic énergétique est réalisé.

(Non)

Dysfonctionnements n°1 : Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.

E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

(Non)

Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.

E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre..

(Non)

Dysfonctionnement n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.

E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée

(Non)

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable

Résultats obtenus:

- Réalisation du diagnostic Gaz à Effet de Serre
- Mise au point de tableaux de suivi des consommations d'énergie et d'eau
- Désignation des pilotes internes en charge de la formulation de la politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie
- Isolation des combles de plusieurs bâtiments
- Changement des systèmes de régulation du chauffage de quatre bâtiments

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Didier BODIN, Responsable logistique, achats, travaux	Alain TANNEAU, Responsable technique Didier BODIN, Responsable logistique, achats, travaux Annie Daoulas, rédacteur de l'économat	ADEME Bretagne, COFELY, Bureau d'études fluides

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1 : Un diagnostic énergétique est réalisé. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.</p> <p>Action n°1 : réalisation du bilan des Gaz à Effet de Serre(GES).</p>	Réalisée	09/12/13 00:00
<p>E1-EA1 : Un diagnostic énergétique est réalisé. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.</p> <p>Action n°2 : réalisation du diagnostic énergétique des bâtiments de l'hôpital</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Action n°1 : réalisation du diagnostic énergétique des bâtiments de l'hôpital</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Action n°2 : le bilan GES réalisé le 9/12/2013 a permis de dégager un premier plan d'action</p>	Réalisée	09/12/13 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Action n°3 : mise en place d'un suivi des consommations énergétiques de chauffage, d'eau chaude sanitaire et d'électricité</p>	Réalisée	30/06/13 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p>	Réalisée	06/02/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°4 : identification du groupe de travail interne qui formulera la politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie</p>		
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°1 : réalisation du diagnostic énergétique des bâtiments de l'hôpital</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Dans l'attente du diagnostic énergétique, plusieurs actions ont été menées ou sont en cours de réalisation :</p> <p>Action n°2 : mise en place d'un suivi des consommations énergétiques de chauffage, d'eau chaude sanitaire et d'électricité</p>	Réalisée	30/06/13 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°3 : isolation des combles de 4 bâtiments (Ste Anne, St Augustin, St Dominique et Ste Famille)</p>	Réalisée	04/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°4 : isolation des combles d'un cinquième bâtiment (St Jean)</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p>	En cours	31/12/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°5 : réfection de l'étanchéité et de l'isolation de la toiture terrasse du bâtiment principal Notre Dame de Lourdes</p>		
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°6 : installation de systèmes de régulation du chauffage dans les quatre bâtiments les plus anciens</p>	Réalisée	31/10/13 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°7 : mise à l'essai du système ECODRAIN avec validation des gains par un BET (Pole Cristal de Dinan). Ce système est un module qui récupère la chaleur des eaux de rinçage de notre lave- vaisselle en cuisine centrale pour réchauffer l'eau d'alimentation de la machine. Cette action est menée en partenariat avec l'ADEME Bretagne</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Action n°8 : étude de passage en énergie gaz en cours de réalisation par l'exploitant actuel de la chaufferie COFELY).</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Action n°9 : remplacement des chaudières de la chaufferie de l'hôpital par des modèles à condensation : 2017-2018.</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p>	Prévue	31/12/18 00:00
<p>E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable.</p>	En cours	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1 : Etudier la faisabilité d'installer un système de production d'ECS solaire collective dans le cadre de la construction du futur EHPAD-USLD.		
<p>E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable.</p> <p>Action n° 2 : Étudier la faisabilité d'installer une chaufferie bois (plaquettes de bois) sur le site de l'hôpital avec l'Agence Ouest Cornouaille Développement</p>	En cours	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E1-EA1 : Un diagnostic énergétique est réalisé. (Non) Dysfonctionnements n°1 : Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.</p> <p>Evaluation n°1 : par le lancement de la consultation des organismes agréés</p>	Prévue	01/09/14 00:00
<p>E1-EA1 : Un diagnostic énergétique est réalisé. (Non) Dysfonctionnements n°1 : Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.</p> <p>Evaluation n°2 : par la remise des livrables du diagnostic énergétique</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non) Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Evaluation n°1 : après remise du diagnostic énergétique, formulation par le groupe de travail désigné des propositions pour une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie</p>	Prévue	28/02/15 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non) Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Evaluation n°2 : Validation par la Direction de la politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie proposée par le groupe de travail</p>	Prévue	31/03/15 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non) Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Evaluation n°3 : Reprise des principaux axes de cette politique dans le projet d'établissement</p>	Prévue	21/11/16 00:00
<p>E1-EA2 : Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie. (Non) Dysfonctionnements n°1 : En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.</p> <p>Evaluation n°4 : Intégration dans le PAQ des actions qui seront programmées</p>	Prévue	30/06/15 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.. (Non)</p>	Prévue	30/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°1 : la mise en œuvre d'un programme d'actions hiérarchisées issu du diagnostic énergétique ne pourra être évaluée qu'à partir du 1er semestre 2015</p>		
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Dans l'attente du diagnostic énergétique, plusieurs actions ont été menées ou sont en cours de réalisation : ci-après leurs modalités d'évaluation</p> <p>Evaluation n°2 : communication trimestrielle des fichiers de suivi de consommations énergétiques à la Direction</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°3 : concerne le changement des régulations de chauffage – évaluation à réception des factures et consommations arrêtées en fin de période de chauffe 2014</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°4 : concerne l'isolation des combles des bâtiments - évaluation à réception des factures et consommations arrêtées en fin de période de chauffe 2015</p>	Prévue	30/09/15 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°5 : pose d'un compteur en cuisine par le bureau d'étude « Pôle Cristal » missionné par l'Ademe Bretagne pour valider l'économie obtenue sur la chauffe de l'eau du lave-vaisselle en cuisine centrale</p>	Prévue	30/09/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°6 : par la décision ou l'abandon du passage en énergie gaz dans le cadre d'une rénovation de la chaufferie principale de l'hôpital</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E2-EA1 : Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre. (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.</p> <p>Evaluation n°7 : suivi des consommations d'énergie en 2019</p>	Prévue	31/12/19 00:00
<p>E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable.</p> <p>Evaluation n°1 : à partir du programme technique détaillé et des notices techniques précisant les modalités de production d'eau chaude sanitaire</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable.</p> <p>Evaluation n°2 : par la remise d'une étude de faisabilité pour l'installation d'une chaufferie bois (plaquettes de bois) sur le site de l'hôpital avec l' Agence Ouest Cornouaille Développement</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA2 : Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée (Non)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelable.</p> <p>Evaluation n°3 : par la décision ou l'abandon du passage en énergie bois dans le cadre d'une rénovation de la chaufferie principale de l'hôpital</p>	Prévue	31/12/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- Revue des projets et des actions qui seront programmées dans le cadre du PAQ de l'établissement
- Suivi régulier des consommations et des dépenses d'énergie par le département logistique, achats, travaux
- A partir de 2016, mise en place progressive d'une solution simple de Gestion Technique des Bâtiments (GTB) sur les bâtiments existants pour réguler les principaux postes de dépense énergétique : chauffage, ventilation, climatisation et éclairage.
- A partir de 2017, livraison d'un nouvel EHPAD-USLD doté d'une solution simple de GTB pré-installée.

Validation institutionnelle:

- Inscription des actions en cours et de celles qui seront programmées à la suite du diagnostic énergétique, dans le Plan d'Action Qualité de l'établissement.
- Validation de la politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie par la Direction et reprise de ses principaux axes dans le projet d'établissement

Planification des revues de projet:

- Le suivi des actions engagées et à engager sera réalisé :
 - dans le cadre du comité de pilotage (Copil) QGDR via le PAQ de l'établissement
 - dans le cadre du Copil du schéma directeur immobilier de l'établissement
- Remplacement des huisseries extérieures du RDC aile Nord en 2015 (création d'un service d'hospitalisation)
- Reconstruction à neuf du secteur personnes âgées (EHPAD et USLD) à partir de janvier 2015 (PC déposé en juin 2014 et livraison 1er trimestre 2017) : bâtiment de 116 lits conforme à la RT 2012
- Poursuite du schéma directeur immobilier de l'établissement - bâtiment principal Notre Dame de Lourdes - à partir de 2016 : rénovation des services d'étage, remplacement des huisseries extérieures, isolation thermique des façades
- Remplacement des chaudières de la chaufferie de l'hôpital par des modèles à condensation : 2016-2017.

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer et sécuriser la prise en charge des déchets de la production à l'élimination définitive.

Problématique:

7.e (Gestion des déchets) .

E2. Partiellement

Le tri des déchets est réalisé. Le circuit des déchets a été réorganisé. Cependant, les sacs de DASRI ne sont pas identifiés. Ainsi, l'étiquetage permettant de tracer leur provenance n'est pas généralisé dans la plupart des services (absent en médecine et en chirurgie notamment). De plus, le local de stockage centralisé des DASRI n'est pas fermé à clé et la traçabilité de son bionettoyage n'est pas réalisée.

-Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI

-Dysfonctionnement n°2 : le local central de salubrité n'est pas fermé à clé (dysfonctionnement traité avec les constats en E3)

E3. Partiellement

Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.

Les dysfonctionnements sont identifiés. En revanche, ils ne sont pas tous analysés et certains persistent comme l'absence d'identification des sacs DASRI ou la non sécurisation du local DASRI.

-Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI ;

-Dysfonctionnement n°2 : le local central de salubrité n'est pas fermé à clé ;

-Dysfonctionnement n°3 : absence de traçabilité de bionettoyage du local central de salubrité.

Résultats obtenus:

- Organisation : audits, affichages des consignes, rappels des bonnes pratiques.

- Identification de tous les sacs DASRI

- Fermeture des locaux intermédiaires et du local central de salubrité

- Traçabilité du bio nettoyage des locaux de salubrité

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable Logistiques Achats, Travaux	Infirmière hygiéniste	Cadres des services de soins ; Responsable du service entretien – propreté

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI. Action n°1 : Rappel des bonnes pratiques à tous les soignants	Réalisée	19/04/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI. Action n°2 : Affichage des consignes;	Réalisée	19/04/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI. Action n°3 : Audit.	Réalisée	19/04/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé. Action n°1 : rappel des bonnes pratiques à tous les utilisateurs	Réalisée	19/04/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé. Action n°2 : affichage des consignes	Réalisée	19/04/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé. Action n°3 : audit.	Réalisée	31/03/14 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé. Action n°4 : remplacement des digicodes des locaux intermédiaires de salubrité par des systèmes à fermeture automatique	Réalisée	31/12/13 00:00
E2. Partiellement Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé.	Réalisée	23/05/14 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°5 : installation d'un digicode mécanique à fermeture automatique sur la porte du local central DASRI		
<p>E2. Partiellement</p> <p>Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé.</p> <p>Action n°6 : mise en place d'un suivi mensuel de fermeture des locaux intermédiaires de salubrité et du local central DASRI</p>	En cours	30/06/14 00:00
<p>E3. Partiellement</p> <p>Dysfonctionnement n°3 :absence de traçabilité de bionettoyage du local central de salubrité.</p> <p>Action n°1 : Rappel des bonnes pratiques à tous les utilisateurs;</p>	Réalisée	19/04/13 00:00
<p>E3. Partiellement</p> <p>Dysfonctionnement n°3 :absence de traçabilité de bionettoyage du local central de salubrité.</p> <p>Action n°2 : Audit.</p>	Réalisée	19/04/13 00:00
<p>E3. Partiellement</p> <p>Dysfonctionnement n°3 :absence de traçabilité de bionettoyage du local central de salubrité.</p> <p>Action n° 3 : Organisation d'une commission réduite d'analyse des dysfonctionnements relevés dans le circuit des déchets. Composition 3 personnes : Responsable logistique, achats, travaux, IDE hygiéniste et Responsable Pôle logistique</p>	Prévue	30/09/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Dysfonctionnement n°1 : absence d'identification des sacs DASRI. Evaluation n° 1 :Relevé du nombre de sacs DASRI non identifiés et action corrective immédiate dans le service concerné une fois par mois.	Réalisée	28/02/14 00:00
Dysfonctionnement n°2 : local central de salubrité pas fermé à clé. Evaluation n°2 : Vérification de la fermeture à clé du local central de salubrité ainsi que la fermeture à clé des locaux intermédiaires de salubrité.	Réalisée	28/02/14 00:00
Dysfonctionnement n°3 :absence de traçabilité de bionettoyage du local central de salubrité. Evaluation n°3 : Relevé mensuel des feuilles de traçabilité du bionettoyage des locaux intermédiaires de salubrité et du local central de salubrité	Réalisée	31/03/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- L'évaluation concernant les 3 dysfonctionnements pré cités, sera renouvelée au cours de l'année 2014 par l'IDE Hygiéniste ainsi qu'une fois / an ultérieurement. Les résultats seront diffusés aux cadres des services et aux équipes pour pérenniser la démarche engagée ;
- L'information est diffusée aux nouveaux salariés lors des journées d'intégration, et/ou par les correspondants en hygiène des services.
- Chaque mois, le service de manutention procèdera à un relevé de fermeture des locaux intermédiaires de salubrité et du local central DASRI.
- Mise en place d'une commission restreinte d'analyse des dysfonctionnements relevés dans le circuit des déchets

Validation institutionnelle:

- Les actions menées sont inscrites dans le plan d'actions qualité de l'établissement;
- L'évolution de la démarche est suivie lors des COPIL qualité;
- La direction a permis l'achat de digicodes permettant une fermeture sécurisée automatique pour faciliter le respect des règles.

Planification des revues de projet:

- Formation du personnel 2014 : le circuit des déchets ;
- Formation des nouveaux salariés ;
- Evaluation bi annuelle sur le respect des règles de l'entreposage des déchets dans les locaux intermédiaires et le local central de salubrité ;
- Evaluation bi annuelle sur l'identification des sacs DASRI ;
- Evaluation mensuelle du remplissage des feuilles de traçabilité du bionettoyage des locaux intermédiaires de salubrité et du local central de salubrité.

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion des événements indésirables

Problématique:

8f (Gestion des événements indésirables)

E2-EA1 : Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

(En grange partie)

Le personnel soignant et les médecins en CME sont sensibilisés par la responsable qualité, la COGR et les cadres de service à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables. Toutefois, il n'y a pas de formation avec des objectifs et des besoins identifiés pour les médecins sur l'utilisation de ces supports.

Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des médecins, sur l'utilisation des fiches de signalement d'événements indésirables (E.QPR.04.02.).

E2-EA2 Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

(En grande partie)

L'établissement a identifié le RAQ, la directrice des soins, la pharmacienne, le biologiste, les membres de l'équipe RMM et les cadres de santé comme professionnels concernés par le processus de hiérarchisation et d'analyse des causes d'événements indésirables. La responsable qualité, la directrice des soins, la pharmacienne, le biologiste, les membres des équipes RMM et les cadres de santé sont formés aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation. Néanmoins, les membres du CHSCT, les responsables de service/unité de soins, les membres de la cellule d'identitovigilance et les vigilants sollicités pour l'analyse des causes des événements indésirables ne sont pas formés aux mêmes méthodes d'analyse utilisées dans la gestion des événements signalés.

Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des professionnels, aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation.

E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.

(Partiellement)

Le processus de hiérarchisation établi a permis d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. La structuration de l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est récente. Cette analyse est réalisée en associant les professionnels concernés. La responsable qualité, la directrice des soins, la coordonnatrice des risques et certains cadres sont formés aux méthodes d'analyse des causes profondes d'événements indésirables. Toutefois, l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves n'est pas réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.

Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.

E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.

(En grande partie)

Dans le bilan de gestion des risques établi en 2012, des actions correctives sont identifiées sur les événements indésirables graves en cohérence avec les analyses de leurs causes. Un outil de hiérarchisation des événements indésirables et des actions est élaboré. Toutefois, le suivi des fiches de signalement montre qu'il n'y a pas de retour d'information sur la mise en œuvre des actions sur la majorité des fiches d'événements indésirables déclarés. Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas de plan d'action formalisé avec des référents et des échéances définis au regard du bilan des actions en cours recensées en 2012.

Dysfonctionnement n°1 : Retour d'information insuffisant sur la mise en œuvre des actions

Dysfonctionnement n°2 : Le PAQ issu de l'analyse des EI ne précise pas le pilote ni le calendrier

E3-EA2 Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.

(En grande partie)

Le dispositif de gestion des événements indésirables de l'établissement a permis d'identifier en 2012 sept typologies d'événements indésirables récurrents (chutes avec blessures, chutes sans blessures, problème linge, fugue, agression, erreur d'identification, erreur médicament et décès inattendus). Des actions correctives, relatives à chacune des sept typologies d'événements récurrents, sont identifiées. La mise en œuvre de ces actions est en cours de planification à l'échelle de l'établissement.

Dysfonctionnement n° 1 : La planification des actions correctives en lien avec les événements indésirables récurrents n'est pas finalisée.

E3-EA3 L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

(Partiellement)

Un bilan des actions correctives sur les FSEI a été réalisé en 2012. La majorité des actions identifiées dans ce bilan sont en cours de mise en œuvre et non planifiées, ce qui ne permet pas de vérifier leur efficacité. Il n'existe pas de dispositif mis en place pour mesurer ou vérifier l'efficacité des actions correctives préconisées.

Dysfonctionnement n° 1 : Absence de dispositif permettant de mesurer l'efficacité des actions correctives.

Résultats obtenus:

Formation :

- de la responsable Qualité (diplôme universitaire de gestion des risques) ;
- de plusieurs professionnels aux méthodes d'analyse systémique ;
- sensibilisation des médecins à la gestion des risques et plus particulièrement à la déclaration des événements indésirables (EI).

Organisation :

- évolution vers une cellule « Qualité Gestion des risques » ;
- mise en place d'une organisation maîtrisée et réactive pour assurer une gestion des risques a posteriori opérationnelle par la création d'une commission de réduction et d'analyse des événements indésirables se réunissant de manière hebdomadaire ;

- veille au quotidien, assurée par la cellule « Qualité Gestion des risques » ;
- retour aux déclarants, a minima de manière systématique pour les événements de gravité 3 à 5 (selon l'échelle validée par l'HAS) et par l'intermédiaire des cadres des services pour les autres événements ;
- bilan trimestriel réalisé dans différentes instances (Codir, CME, Copil QGdR et réunions des cadres soignants).

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
I. VALLEE (RAQ)	I. VALLEE (RAQ) D. RAMIREZ (Directrice des soins et COGR) A. BOGUS (Assistante Qualité et gestion des risques) M. LE BARS (Pharmacienne et référente médicale pour la qualité et la gestion des risques) A. CARIOU (Cadre de santé)	T.DEROCHE (Directeur) Cadres de santé, techniques et logistiques Experts compétents (Médecins, Vigilants, EOH, Responsable sécurité) F. VOLEON (Directeur Qualité - Système d'information HSTV)

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. (En grange partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des médecins, sur l'utilisation des fiches de signalement d'évènements indésirables (E.QPR.04.02.).</p> <p>Action n°1 : Sensibilisation des médecins en CME</p>	Réalisée	27/02/14 00:00
<p>E2-EA1 : Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. (En grange partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des médecins, sur l'utilisation des fiches de signalement d'évènements indésirables (E.QPR.04.02.).</p> <p>Action n°2 : Sensibilisation des médecins en CME</p>	Réalisée	25/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. (En grange partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des médecins, sur l'utilisation des fiches de signalement d'évènements indésirables (E.QPR.04.02.).</p> <p>Action n°3 : Organisation d'une conférence débat sur le thème de l'Annonce en cas de dommage lié aux soins</p>	Réalisée	25/11/13 00:00
<p>E2-EA2 Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. (En grande partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des professionnels, aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation.</p> <p>Action n°1 : Formation REX et Analyse systémique CREX/RMM - REMED ORION / Arbre des causes, par la société AFM 24 : pour plusieurs professionnels (RAQ, COGR, Cadre de soins, Responsable de la cellule identito vigilance, Médecin Biologiste membre du CHST et de la cellule d'identito vigilance).</p>	Réalisée	03/12/13 00:00
<p>E2-EA2 Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. (En grande partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des professionnels, aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation.</p> <p>Action n°2 : Validation du DU "Qualité et Gestion des risques" par la RAQ</p>	Prévue	22/09/14 00:00
<p>E2-EA2 Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. (En grande partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des professionnels, aux méthodes d'analyse et</p>	En cours	16/12/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>de hiérarchisation.</p> <p>Action n°3 : Formation aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation, organisée au sein du groupe Hospitalité St Thomas de Villeneuve : actuellement 8 professionnels soignants sur 15 prévus sont formés</p>		
<p>E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Action n°1 : Installation d'une commission de réduction et d'analyse des évènements indésirables, composée de la RAQ, du COGR, de l'assistante QGDR, d'un cadre de santé, d'un pharmacien référent médical pour la qualité et la gestion des risques. Son rôle est d'analyser toutes les semaines les FSEI. Un compte rendu de chaque réunion de la commission est rédigé. Des CREX sont organisés en fonction des résultats de l'analyse des FSEI, par la commission ou sur demande des professionnels</p>	Réalisée	09/09/13 00:00
<p>E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Action 2 : Créer un CREX institutionnel "circuit du médicament"</p>	En cours	19/09/14 00:00
<p>E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Action 3 : Créer un CREX par secteur sur l'ensemble des EI</p>	Prévue	26/10/15 00:00
<p>E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses. (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Retour d'information insuffisant sur la mise en œuvre des actions</p> <p>Action n°1 : Un retour au déclarant est fait systématiquement pour les évènements de gravité 3 à 5 (selon l'échelle validée par l'HAS)</p>	Réalisée	01/05/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses. (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Retour d'information insuffisant sur la mise en œuvre des actions</p> <p>Action n°2 : Diffusion à chaque service, tous les 3 mois d'un tableau de bord recensant les événements indésirables déclarés et les suites données pour leur secteur.</p>	Prévue	08/07/14 00:00
<p>E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses. (En grande partie) Dysfonctionnement n°2 : Le PAQ issu de l'analyse des EI ne précise pas le pilote ni le calendrier</p> <p>Action N°1 : Finaliser le PAQ en identifiant le nom du pilote et en précisant le calendrier</p>	En cours	27/06/14 00:00
<p>E3-EA2 Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. (En grande partie) Dysfonctionnement n° 1 : La planification des actions correctives en lien avec les événements indésirables récurrents n'est pas finalisée.</p> <p>Action n°1 : Finaliser le PAQ en identifiant le nom du pilote et en précisant le calendrier</p>	En cours	27/06/14 00:00
<p>E3-EA3 L'efficacité des actions correctives est vérifiée. (Partiellement) Dysfonctionnement n° 1 : Absence de dispositif permettant de mesurer l'efficacité des actions correctives.</p> <p>Action N°1 : Suivre les indicateurs « Gestion des risques »</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. (En grange partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des médecins, sur l'utilisation des fiches de signalement d'évènements indésirables (E.QPR.04.02.).</p> <p>Évaluation n°1 : Nombre de FSEI remplies par les médecins dans l'année</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA2 Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. (En grande partie) Dysfonctionnements n°1 : Formation insuffisante des professionnels, aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation.</p> <p>Évaluation n°1 : Nombre de professionnels formés</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Évaluation n°1 : Nombre de comptes rendus de la commission d'analyse et de réduction des évènements indésirables</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Analyse des causes profondes des événements indésirables graves non réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Évaluation n°2 : Nombre de CREX et RMM dans l'année</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses. (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Retour d'information insuffisant sur la mise en œuvre des actions</p> <p>Évaluation n°1 : Enquête de connaissances et de satisfaction</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses. (En grande partie) Dysfonctionnement n°2 : Le PAQ issu de l'analyse des EI ne précise pas le pilote ni le calendrier</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Évaluation N°1 : Suivre le PAQ		
E3-EA2 Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. (En grande partie) Dysfonctionnement n° 1 : La planification des actions correctives en lien avec les événements indésirables récurrents n'est pas finalisée.	Prévue	15/01/15 00:00
Évaluation n°1 : Suivre le PAQ		
E3-EA3 L'efficacité des actions correctives est vérifiée. (Partiellement) Dysfonctionnement n° 1 : Absence de dispositif permettant de mesurer l'efficacité des actions correctives.	Prévue	15/01/15 00:00
Évaluation N°1 : Suivre les indicateurs « Gestion des risques »		

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs identifiés
 Pourcentage d'évènements indésirables ayant donné lieu à une ou des actions correctives.
 Nombre de réunions de la commission d'analyse et de réduction des évènements indésirables.
 Suivi du nombre d'évènements indésirables récurrents

Validation institutionnelle:

- La structuration de la gestion des risques est inscrite comme une des priorités stratégiques dans la politique d'amélioration continue de la qualité (Lettre d'engagement signée par le directeur, la directrice des soins et COGR, le président de la CME, et les 4 représentants des usagers) et a fait l'objet d'une validation par la CME en charge de la qualité et de la gestion des risques

La nouvelle organisation mise en œuvre pour fiabiliser la maîtrise de la gestion des évènements indésirables relève d'un engagement conjoint de la direction et de la CME qui ont priorisé les moyens pour la formation, sensibilisés les médecins à la déclaration, nommé un référent médical au sein de la CME, ainsi qu'un COGR.

Planification des revues de projet:

Le suivi de ce projet est et sera assuré par le CODIR et le COPIL Qualité & Gestion des Risques de l'établissement.

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problematique:

Critère 15.a - Court Séjour / Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
(En grande partie)

Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel de l'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.

Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales

E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
(En grande partie)

Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médicoadministratifs est disponible, mis en oeuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas encore connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »

Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.
(Partiellement)

Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'

identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en oeuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).

Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance

Résultats obtenus:

Politique d'identito-vigilance
 Livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé »
 Support de formation à l'identito-vigilance
 Formations pour le personnel administratif et les secrétaires médicales
 Actualisation du mode opératoire Organisation du signalement et de la gestion des doublons
 Mise en place de la traçabilité des fusions dans le dossier patient informatisé par insertion d'une check-list de contrôle d'identité avant fusion
 Tableau de bord de suivi des indicateurs
 Suivi du tableau de bord en CIV

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr MR LE PEMP (Médecin DIM)	Dr MR LE PEMP (Médecin DIM) MF QUILLIVIC (Responsable informatique) C. RANNOU (Cadre administratif)	Membres de la cellule d'identito vigilance

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°1 : Rédaction et validation du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé » par le COPILQGDR et la CIV</p>	Réalisée	22/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°2 : Diffusion du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé », à l'ensemble des salariés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°3 : Réalisation d'un support de formation à l'identito vigilance</p>	Prévue	17/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°4 : Organisation des formations « Identitovigilance » en direction des professionnels</p>	Prévue	03/07/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure «</p>	Prévue	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Action n°1 : Actualisation et diffusion de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident»</p>		
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Action n°1 : Elaboration d'une check list de contrôle d'identité avant fusion qui devra être intégrée dans le dossier patient avec la trace des identités fusionnées</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°1 : Création du tableau de bord pour le suivi des indicateurs « Identito vigilance »</p>	Réalisée	30/04/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°2 : Suivi du tableau de bord des indicateurs lors de chaque réunion de la CIV</p>	Prévue	10/06/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de professionnels formés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°2 : Audit de bonnes pratiques</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de signalements respectant le mode opératoire « Signalement des anomalies »</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de check list complétées</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation n°1 : Nombre de réunions de CIV		

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du tableau de bord en CIV tous les trimestres
 Audit semestriel de bonnes pratiques
 Information des nouveaux arrivants par distribution du livret « Qu'est-ce que l'identito-vigilance dans un établissement de santé ? »
 Formation et information des nouveaux arrivants lors des journées d'accueil

Validation institutionnelle:

La politique d'identito-vigilance est validée par la direction et le médecin DIM.

Planification des revues de projet:

Le suivi des actions engagées et à engager sera réalisé
 - dans le cadre du comité de pilotage (Copil) QGDR via le PAQ de l'établissement
 - Dans le cadre des réunions trimestrielles de la Cellule d'Identito-Vigilance

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problematique:

Critère 15.a - Court Séjour / Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
(En grande partie)

Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel de l'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.

Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales

E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
(En grande partie)

Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médicoadministratifs est disponible, mis en oeuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas encore connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »

Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.
(Partiellement)

Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'

identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en oeuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).

Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance

Résultats obtenus:

Politique d'identito-vigilance
 Livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé »
 Support de formation à l'identito-vigilance
 Formations pour le personnel administratif et les secrétaires médicales
 Actualisation du mode opératoire Organisation du signalement et de la gestion des doublons
 Mise en place de la traçabilité des fusions dans le dossier patient informatisé par insertion d'une check-list de contrôle d'identité avant fusion
 Tableau de bord de suivi des indicateurs
 Suivi du tableau de bord en CIV

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr MR LE PEMP (Médecin DIM)	Dr MR LE PEMP (Médecin DIM) MF QUILLIVIC (Responsable informatique) C. RANNOU (Cadre administratif)	Membres de la cellule d'identito vigilance

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°1 : Rédaction et validation du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé » par le COPILQGDR et la CIV</p>	Réalisée	22/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°2 : Diffusion du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé », à l'ensemble des salariés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°3 : Réalisation d'un support de formation à l'identito vigilance</p>	Prévue	17/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°4 : Organisation des formations « Identitovigilance » en direction des professionnels</p>	Prévue	03/07/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure «</p>	Prévue	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Action n°1 : Actualisation et diffusion de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident»</p>		
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Action n°1 : Elaboration d'une check list de contrôle d'identité avant fusion qui devra être intégrée dans le dossier patient avec la trace des identités fusionnées</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°1 : Création du tableau de bord pour le suivi des indicateurs « Identito vigilance »</p>	Réalisée	30/04/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°2 : Suivi du tableau de bord des indicateurs lors de chaque réunion de la CIV</p>	Prévue	10/06/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de professionnels formé</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°2 : Audit de bonnes pratiques</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de signalements respectant le mode opératoire « Signalement des anomalies »</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de check list complétées</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de réunions de CIV</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du tableau de bord en CIV tous les trimestres
Audit semestriel de bonnes pratiques
Information des nouveaux arrivants par distribution du livret « Qu'est-ce que l'identito-vigilance dans un établissement de santé ? »
Formation et information des nouveaux arrivants lors des journées d'accueil

Validation institutionnelle:

La politique d'identito-vigilance est validée par la direction et le médecin DIM.

Planification des revues de projet:

Le suivi des actions engagées et à engager sera réalisé
- dans le cadre du comité de pilotage (Copil) QGDR via le PAQ de l'établissement
- Dans le cadre des réunions trimestrielles de la Cellule d'Identito-Vigilance

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problematique:

Critère 15.a - Court Séjour / Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
(En grande partie)

Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel de l'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.

Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales

E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
(En grande partie)

Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médicoadministratifs est disponible, mis en oeuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas encore connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »

Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.
(Partiellement)

Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'

identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en oeuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).

Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance

Résultats obtenus:

Politique d'identito-vigilance
Livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé »
Support de formation à l'identito-vigilance
Formations pour le personnel administratif et les secrétaires médicales
Actualisation du mode opératoire Organisation du signalement et de la gestion des doublons
Mise en place de la traçabilité des fusions dans le dossier patient informatisé par insertion d'une check-list de contrôle d'identité avant fusion
Tableau de bord de suivi des indicateurs
Suivi du tableau de bord en CIV

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr MR LE PEMP (Médecin DIM)	Dr MR LE PEMP (Médecin DIM) MF QUILLIVIC (Responsable informatique) C. RANNOU (Cadre administratif)	Membres de la cellule d'identito vigilance

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°1 : Rédaction et validation du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé » par le COPILQGDR et la CIV</p>	Réalisée	22/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°2 : Diffusion du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé », à l'ensemble des salariés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°3 : Réalisation d'un support de formation à l'identito vigilance</p>	Prévue	17/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°4 : Organisation des formations « Identitovigilance » en direction des professionnels</p>	Prévue	03/07/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p>	Prévue	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°1 : Actualisation et diffusion de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident»</p>		
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Action n°1 : Elaboration d'une check list de contrôle d'identité avant fusion qui devra être intégrée dans le dossier patient avec la trace des identités fusionnées</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°1 : Création du tableau de bord pour le suivi des indicateurs « Identito vigilance »</p>	Réalisée	30/04/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°2 : Suivi du tableau de bord des indicateurs lors de chaque réunion de la CIV</p>	Prévue	10/06/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de professionnels formés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°2 : Audit de bonnes pratiques</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de signalements respectant le mode opératoire « Signalement des anomalies »</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de check list complétées</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date

Evaluation n°1 : Nombre de réunions de CIV		
--	--	--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du tableau de bord en CIV tous les trimestres Audit semestriel de bonnes pratiques Information des nouveaux arrivants par distribution du livret « Qu'est-ce que l'identito-vigilance dans un établissement de santé ? » Formation et information des nouveaux arrivants lors des journées d'accueil

Validation institutionnelle:

La politique d'identito-vigilance est validée par la direction et le médecin DIM.

Planification des revues de projet:

Le suivi des actions engagées et à engager sera réalisé - dans le cadre du comité de pilotage (Copil) QGDR via le PAQ de l'établissement - Dans le cadre des réunions trimestrielles de la Cellule d'Identito-Vigilance

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problématique:

Critère 15.a - Court Séjour / Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
(En grande partie)

Le personnel soignant est sensibilisé à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité du patient. Le personnel infirmier a suivi en 2010 une formation à la bonne identification du patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle et en 2013 dans le cadre de la formation aux bonnes pratiques de prélèvement. L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel de l'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.

Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales

E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
(En grande partie)

Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médicoadministratifs est disponible, mis en oeuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en oeuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou l'étiquette du patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier du patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas encore connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »

Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.

E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.
(Partiellement)

Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en oeuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité

des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).

Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance

Résultats obtenus:

Politique d'identito-vigilance
Livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé »
Support de formation à l'identito-vigilance
Formations pour le personnel administratif et les secrétaires médicales
Actualisation du mode opératoire Organisation du signalement et de la gestion des doublons
Mise en place de la traçabilité des fusions dans le dossier patient informatisé par insertion d'une check-list de contrôle d'identité avant fusion
Tableau de bord de suivi des indicateurs
Suivi du tableau de bord en CIV

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr MR LE PEMP (Médecin DIM)	Dr MR LE PEMP (Médecin DIM) MF QUILLIVIC (Responsable informatique) C. RANNOU (Cadre administratif)	Membres de la cellule d'identito vigilance

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°1 : Rédaction et validation du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé » par le COPILQGDR et la CIV</p>	Réalisée	22/04/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°2 : Diffusion du livret « Qu'est ce que l'identito vigilance dans un établissement de santé », à l'ensemble des salariés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°3 : Réalisation d'un support de formation à l'identito vigilance</p>	Prévue	17/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Action n°4 : Organisation des formations « Identitovigilance » en direction des professionnels</p>	Prévue	03/07/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p>	Prévue	30/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°1 : Actualisation et diffusion de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification patient ou résident»</p>		
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Action n°1 : Elaboration d'une check list de contrôle d'identité avant fusion qui devra être intégrée dans le dossier patient avec la trace des identités fusionnées</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°1 : Création du tableau de bord pour le suivi des indicateurs « Identito vigilance »</p>	Réalisée	30/04/14 00:00
<p>Action n°2 : Suivi du tableau de bord des indicateurs lors de chaque réunion de la CIV</p> <p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Action n°2 : Suivi du tableau de bord des indicateurs lors de chaque réunion de la CIV</p>	Réalisée	10/06/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de professionnels formés</p>	Prévue	30/06/14 00:00
<p>E2-EA1 : Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Formation à l'identito vigilance insuffisante du personnel d'accueil administratif et des secrétaires médicales</p> <p>Evaluation n°2 : Audit de bonnes pratiques</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Non connaissance par les professionnels de la procédure « Organisation du signalement et de la gestion des anomalies d'identification »</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de signalements respectant le mode opératoire « Signalement des anomalies »</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA3 : Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 : Traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier du patient.</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de check list complétées</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E3-EA1 : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées. (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1 : Absence de suivi des indicateurs liés à l'identito vigilance</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de réunions de CIV</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du tableau de bord en CIV tous les trimestres
Audit semestriel de bonnes pratiques
Information des nouveaux arrivants par distribution du livret « Qu'est-ce que l'identito-vigilance dans un établissement de santé ? »
Formation et information des nouveaux arrivants lors des journées d'accueil

Validation institutionnelle:

La politique d'identito-vigilance est validée par la direction et le médecin DIM.

Planification des revues de projet:

Le suivi des actions engagées et à engager sera réalisé
- dans le cadre du comité de pilotage (Copil) QGDR via le PAQ de l'établissement
- Dans le cadre des réunions trimestrielles de la Cellule d'Identito-Vigilance

Titre du projet d'amélioration:

Maitriser la prise en charge médicamenteuse du patient en SSR

Problematique:

Critère 20.a bis (SSR / Prise en charge médicamenteuse du patient)

E1-EA1 : Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs

(En grande partie)

La procédure « Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments » est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques à la pharmacie au niveau des unités de soins. Les supports de prescription et d'administration sont uniques : informatisés dans la quasi-totalité des lits et papier pour les 4 lits d'USC. Toutefois, l'établissement n'a pas répertorié de manière spécifique les médicaments à risque. Les règles ne sont donc pas établies.

Dysfonctionnements n°1 : La liste des médicaments à risque et leur règle d'utilisation ne sont pas définies,

E1-EA4 : Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.

(En grande partie)

La procédure « Maîtrise du circuit du médicament » validée fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques à la pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, les médicaments à risque n'ont pas été identifiés et il n'y a pas de protocoles spécifiques pour leur administration.

Dysfonctionnements n°1 : Les règles et modalités d'administration des médicaments à risque ne sont pas établies

E2-EA1 : Les règles de prescription sont mises en oeuvre.

(En grande partie)

Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 56 % pour la campagne 2011. L'informatisation du dossier du patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS impose aux prescripteurs le respect des règles de prescription.

Dysfonctionnement n°1 : Les règles de prescription ne sont pas respectées (d'après le recueil iPAQSS)

E1-EA2 : Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé

(En grande partie)

L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire.

Dysfonctionnement n°1 : La dispensation nominative n'est pas généralisée,

E2-EA4 Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments
(Partiellement)

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments mais cela n'est pas tracé dans le dossier

Dysfonctionnement n° 1 : Il n'y a pas de trace de l'information donnée au patient dans son dossier

Résultats obtenus:

La liste des médicaments à risque a été établie ainsi que leur modalité d'utilisation

Les indicateurs IPAQSS ont été relevés

La dispensation nominative des antibiotiques « ciblés » est effective

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Marine LE BARS, pharmacien	CDS, médecins	I, VALLEE, RAQ, responsable du SMQPECM

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1 : Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : La liste des médicaments à risque et leur règle d'utilisation ne sont pas définies</p> <p>Action n°1 : Rédiger la liste des médicaments à risque</p>	Réalisée	15/06/14 00:00
<p>E1-EA1 : Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : La liste des médicaments à risque et leur règle d'utilisation ne sont pas définies</p> <p>Action n°2 : Valider en CME, la liste des médicaments à risque et leur règle d'utilisation</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E1-EA4 : Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Les règles et modalités d'administration des médicaments à risque ne sont pas établies</p> <p>Action n°1 : Définir les modalités d'utilisation de cette liste à l'occasion de sa validation en CME</p>	Prévue	30/09/14 00:00
<p>E2-EA1 : Les règles de prescription sont mises en oeuvre. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Les règles de prescription ne sont pas respectées (d'après le recueil iPAQSS)</p> <p>Action n°1 : Sensibiliser les professionnels sur les justes règles de prescription suite aux résultats IPAQSS</p>	Réalisée	27/02/14 00:00
<p>E1-EA2 : Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : La dispensation nominative n'est pas généralisée</p>	Prévue	30/06/16 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1 : Développer la dispensation nominative par étape avec mise en place d'un automate de dispensation des formes orales sèches dans le cadre de la PUI territoriale créée le 1er janvier 2014		
E2-EA4 Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments (Partiellement) Dysfonctionnements n°1 : Il n'y a pas de trace de l'information donnée au patient dans son dossier Action n°1 : Formaliser un projet d'éducation thérapeutique sur le risque de chutes en SSR	Prévue	24/11/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E1-EA1 : Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : La liste des médicaments à risque et leur règle d'utilisation ne sont pas définies,</p> <p>Evaluation n°1 : Révision de la liste des médicaments à risque annuellement</p>	Prévue	30/06/15 00:00
<p>E1-EA4 : Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Les règles et modalités d'administration des médicaments à risque ne sont pas établies</p> <p>Evaluation n°1 : Audit sur l'administration des médicaments à risque tous les 2 ans</p>	Prévue	15/01/15 00:00
<p>E2-EA1 : Les règles de prescription sont mises en oeuvre. (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Les règles de prescription ne sont pas respectées (d'après le recueil iPAQSS)</p> <p>Evaluation n°1 : Indicateur IPAQSS</p>	Réalisée	30/06/14 00:00
<p>E1-EA2 : Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé (En grande partie)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : La dispensation nominative n'est pas généralisée</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre de lits de SSR en dispensation nominative/Nombre de lits</p>	Prévue	30/06/16 00:00
<p>E2-EA4 Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments (Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnements n°1 : Il n'y a pas de trace de l'information donnée au patient dans son dossier</p> <p>Evaluation n°1 : Nombre d'informations sur les médicaments données aux patients présentes dans les dossiers</p>	Prévue	15/01/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi d'indicateurs (IPAQSS, Nombre de lits de SSR bénéficiant d'une dispensation nominative
Audit sur l'administration des médicaments à risque

Validation institutionnelle:

CME et COMEDIMS
COPIL Qualité et gestion des risques

Planification des revues de projet:

Le suivi sera assuré par le COPIL qualité

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formaliser l'engagement de l'établissement dans le développement durable et décliner un programme d'action pluriannuel

Problematique:

E1 – EA1 : Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement. Il n'a pas été effectué de diagnostic développement durable.
E1 – EA2 : Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques. Il n'existe pas de volet développement durable dans le projet stratégique 2011-2015 de l'établissement. Le bilan des émissions de gaz à effets de serre n'a pas été réalisé.

E2 – EA1 : La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel. L'absence de diagnostic développement durable n'a pas permis d'élaborer un programme d'actions pluriannuel.
E2 – EA2 : Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement. L'établissement mène des actions de sensibilisation auprès du personnel sur la maîtrise des consommations de fluides, notamment sur l'électricité, la réduction de l'émission des DASRI. Des affichettes spécifiques sont réalisées sur ces thèmes.
E2 – EA3 : L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux. L'établissement n'a pas communiqué d'objectifs de développement durable aux acteurs locaux concernés.

E3 – EA1 : Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.
En l'absence de programme, aucun suivi n'est réalisé.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
-- Réalisation du bilan Gaz à Effet de Serre (GES) -- Adoption d'un plan d'action issu du bilan GES	-- Mise en place d'un groupe de travail restreint dans l'attente du diagnostic énergétique -- Mise au point d'un plan d'action en mode projet -- Structuration de la démarche développement durable

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Didier BODIN, Responsable logistique, achats, travaux	Alain TANNEAU, Responsable technique Didier BODIN, Responsable logistique, achats, travaux Françoise DESMARES, IDE hygiéniste	Isabelle Vallée, Responsable Assurance Qualité

Echéancier de réalisation :

E1 – EA1 : Il n'a pas été effectué de diagnostic développement durable.

Action n°1 : un bilan GES a été réalisé, action réalisée le 9/12/2013

Action n°2 : le diagnostic énergétique sera fait au 2ème semestre 2014, action en cours (31/12/2014)

Action n°3 : un diagnostic Plomb est en cours sur une partie des bâtiments, action en cours (31/12/2014)

Action n°4 : le diagnostic développement durable sera définitivement formulé après le diagnostic énergétique, action prévue (31/12/2014)

Action n°5 : un plan d'action et une politique d'engagement de l'établissement dans le développement durable sont en cours d'élaboration, action en cours (31/03/2015)

E1 – EA2 : Il n'existe pas de volet développement durable dans le projet stratégique 2011-2015 de l'établissement. Le bilan des émissions de gaz à effets de serre n'a pas été réalisé.

Action n°1 : un bilan GES a été réalisé, action réalisée le 09/12/2013

Action n°2 : un relevé de préconisations a été établi, action réalisée le 14/03/2014

Action n°3 : le volet développement durable sera inséré dans les orientations stratégiques de l'établissement lorsque le plan d'action et la politique développement durable seront définis, action en cours (30/06/2015)

E2 – EA1 : L'absence de diagnostic développement durable n'a pas permis d'élaborer un programme d'actions pluriannuel.

Action n°1 : un groupe de travail restreint a identifié les actions à mettre en œuvre, action réalisée le 26/05/2014

Action n°2 : leur validation institutionnelle et leur programmation seront réalisées par le groupe développement durable de l'établissement, en cours de constitution, action en cours (31/03/2015)

E2 – EA2 : L'établissement mène des actions de sensibilisation auprès du personnel sur la maîtrise des consommations de fluides, notamment sur l'électricité, la réduction de l'émission des DASRI. Des affichettes spécifiques sont réalisées sur ces thèmes.

Action n°1 : poursuivre la diffusion des affichettes éco-gestes avec des actions nouvelles : impressions papier recto verso, encre N&B, utilisation de mugs pour les pause-café, gaspillage alimentaire ..., action en cours (31/12/2014)

Action n°2 : prévoir des affichages internes de nos résultats dans les domaines du DD , action prévue (31/12/2015)

E2 – EA3 : L'établissement n'a pas communiqué d'objectifs de développement durable aux acteurs locaux concernés.

Action n°1 : participer aux actions nationales et notamment à la semaine du DD, action prévue (30/04/2015)

Action n°2 : définir des indicateurs de mesure du DD, action prévue (30/06/2015)

Action n°3 : prévoir des affichages internes de nos résultats dans les domaines du DD, action prévue (31/12/2015)

Action n°4 : rédiger un bilan annuel des actions entreprises et de leurs résultats, action prévue (31/12/2015)

E3 – EA1 : En l'absence de programme, aucun suivi n'est réalisé.

Action n°1 : le groupe de travail développement durable est en cours de constitution, action en cours (30/09/2014)

Action n°2 : il aura en charge la mise au point et la validation institutionnelle du plan d'action projet, sa programmation, son suivi et sa mise à jour, action prévue (31/12/2015)

Modalités d'évaluation :

E1 – EA1 : Il n'a pas été effectué de diagnostic développement durable

Evaluation n°1 : lors de la remise du diagnostic énergétique, prévue le 31/12/2014

Evaluation n°2 : lors de la validation institutionnelle du plan d'action développement durable, prévue le 31/03/2015

E1 – EA2 : Il n'existe pas de volet développement durable dans le projet stratégique 2011-2015 de l'établissement. Le bilan des émissions de gaz à effets de serre n'a pas été réalisé.

Evaluation n°1 : lors de la rédaction de la politique développement durable de l'établissement, prévue le 31/03/2015

E2 – EA1 : L'absence de diagnostic développement durable n'a pas permis d'élaborer un programme d'actions pluriannuel.

Evaluation n°1 : le programme d'actions pluriannuel sera arrêté au 1er trimestre 2015. Il sera évalué dans le cadre du groupe de travail développement durable. Des indicateurs de progrès seront mis au point par le groupe, prévue le 30/06/2015

E2 – EA2 : L'établissement mène des actions de sensibilisation auprès du personnel sur la maîtrise des consommations de fluides, notamment sur l'électricité, la réduction de l'émission des DASRI. Des affichettes spécifiques sont réalisées sur ces thèmes.

Evaluation n°1 : des indicateurs de progrès permettront de mesurer le résultat des actions entreprises : nbre de ramettes de papier, de gobelets à uu, consommations d'électricité par service etc ..., prévue le 31/12/2015

E2 – EA3 : L'établissement n'a pas communiqué d'objectifs de développement durable aux acteurs locaux concernés.

Evaluation n°1 : nbre de connexions à l'espace DD du futur site intranet de l'établissement, prévue le 31/12/2015

Evaluation n°2 : nbre de destinataires internes et externes du bilan annuel des actions et de leurs résultats, prévue le 31/12/2015

E3 – EA1 : En l'absence de programme, aucun suivi n'est réalisé.

Evaluation n°1 : compte-rendus du groupe développement durable, prévue le 31/12/2015

Evaluation n°2 : bilan annuel des actions et de leurs résultats, prévue le 31/12/2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

-- Suivi des actions et de leurs résultats dans le cadre du groupe développement durable jusqu'en 2018

-- Ajout de nouveaux indicateurs de mesure au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions

Validation institutionnelle:

-- volet développement durable à insérer dans les orientations stratégiques de l'établissement

-- suivi des actions dans le cadre du PAQ

Planification des revues de projet:

- Suivi des actions dans le cadre du groupe développement durable
- Présentation des projets en copil qualité
- Rédaction d'un bilan annuel

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

- Structurer la fonction achats avec des procédures, des outils de suivi et d'évaluation.
- Développer la prise en compte de critères de développement durable dans les achats.
- Augmenter la participation des utilisateurs à la définition des besoins.

Problématique:

E1-EA1 : Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs. Partiellement
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur un plan quantitatif. L'intégration des aspects qualitatifs n'est pas effective. La montée en charge de la fonction achat au niveau du groupe limite la marge de manoeuvre de l'établissement dans ce domaine.

E1-EA2 : La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable. Partiellement
Les principes applicables à l'achat écoresponsable ne sont intégrés à la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs que pour quelques produits.

E2-EA1 : Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence. En grande partie
Les secteurs d'activité sont approvisionnés à périodicité définie et en période d'urgence. La procédure d'approvisionnement n'est pas formalisée.

E2-EA2 : L'établissement amorce une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits ou services. Partiellement
La démarche d'achat écoresponsable n'est initiée que pour une part marginale de produits.

E3-EA1 : Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place. Partiellement La politique d'achat ne bénéficie que d'un nombre limité d'outils de suivi et d'évaluation.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
-- Finalisation des procédures d'achat (fournitures, produits / biens d'équipement) propres à l'établissement HSTV de Pont-l'Abbé, lorsque l'établissement assure lui-même l'opération d'achat. -- Ces procédures prennent en compte les besoins des services et organisent l'association des utilisateurs dans la définition des besoins en amont (E1-EA1). -- La procédure d'approvisionnement de l'établissement a été finalisée (E2-EA1). -- Les procédures d'achats de l'établissement invitent systématiquement le service achats à insérer des clauses environnementales ou sociales dans les consultations, en coordination avec les utilisateurs (E2-EA2).	-- Elles prévoient la mise en place d'une commission des arbitrages et des achats à composition variable suivant les achats concernés. - -La politique achats de l'établissement est en cours de formalisation : elle intègre un volet spécifique sur le développement de l'achat écoresponsable. (E1-EA2) - -Une charte d'engagement dans le développement durable obligeant les fournisseurs est en cours de rédaction par l'établissement. (E1-EA2)

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable logistique, achats, travaux	Directeur - Responsable logistique, achats, travaux - rédacteurs de l'économat et responsable magasin	Responsable Qualité, Responsable financier, Cadres de santé

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les besoins des secteurs d'activité ne sont pas évalués sur un plan qualitatif.

-Action n°1 : rédiger une procédure d'achat qui prévoit l'association systématique des utilisateurs à la définition des besoins et au niveau de performance attendu, réalisée le 19/05/2014

-Action n°2 : réaffirmer ce principe dans la politique achats de l'établissement, action en cours (30/06/2014)

E1-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les principes applicables à l'achat écoresponsable ne sont intégrés à la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs que pour quelques produits.

-Action n°1 : insérer un volet développement durable dans la politique achats de l'établissement, en cours (30/06/2014)

-Action n°2 : insérer des clauses environnementales et sociales dans les consultations, notamment au niveau des spécifications ou des critères de jugement des offres, prévue le 01/01/2015

-Action n°3 : rédiger une charte minimale pour engager les fournisseurs dans le développement durable, en cours le 30/09/2014

E2-EA1 : En grande partie

Dysfonctionnement n°1 : la procédure d'approvisionnement n'est pas formalisée.

Action n°1 : rédaction de la procédure d'approvisionnement, réalisée le 19/05/2014

E2-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La démarche d'achat écoresponsable n'est initiée que pour une part marginale de produits.

-Action n°1 : insérer des clauses environnementales et sociales dans les consultations, notamment au niveau des spécifications ou des critères de jugement des offres, prévue le 01/01/2015

E3-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La politique d'achat ne bénéficie que d'un nombre limité d'outils de suivi et d'évaluation.

-Action n°1 : mise au point des indicateurs de la fonction achats de l'économat, réalisée le 19/05/2014

-Action n°2 : mise au point des indicateurs de la fonction approvisionnement du magasin, réalisée le 19/05/2014

-Action n°3 : mise en place d'un bilan d'activité annuel pour le secteur économat - magasin, prévue le 31/12/2014

Modalités d'évaluation :

E1-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les besoins des secteurs d'activité ne sont pas évalués sur un plan qualitatif.

-- Evaluation n°1 : compter le nombre de relevés d'entretien téléphonique et de rencontres utilisateurs par rapport au nombre de consultations fournisseurs réalisées par l'économat, prévue le 31/03/2015

E1-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les principes applicables à l'achat écoresponsable ne sont intégrés à la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs que pour quelques produits.

-- Evaluation n°1 : comptabiliser le nombre de marchés ou de contrats fournisseurs signés comportant au moins une clause « environnementale » avec ou sans clause sociale associée, soit dans les spécifications, soit dans les critères de jugement des offres, soit dans les conditions d'exécution du marché, prévue le 31/03/2015

-- Evaluation n°2 : comptabiliser le nombre de charte d'engagement « Développement Durable » retournées paraphées par les fournisseurs, prévue le 31/03/2015

- Evaluation n°3 : diffusion de la politique achats et des procédures d'achat aux membres du CODIR, à l'économat et aux membres de la commission des achats, en cours le 30/09/2014

E2-EA1 : En grande partie

Dysfonctionnement n°1 : la procédure d'approvisionnement n'est pas formalisée.

-- Evaluation n°1 : Diffusion de la procédure dans les services utilisateurs, prévue le 30/06/2014

E2-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La démarche d'achat écoresponsable n'est initiée que pour une part marginale de produits.

-- Evaluation n°1 : comptabiliser le nombre de marchés ou de contrats fournisseurs signés comportant au moins une clause « environnementale » avec ou sans clause sociale associée, soit dans les spécifications, soit dans les critères de jugement des offres, soit dans les conditions d'exécution du marché, prévue le 31/03/2015

E3-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La politique d'achat ne bénéficie que d'un nombre limité d'outils de suivi et d'évaluation.

-- Evaluation n°1 : par le remplissage des premiers tableaux d'indicateurs de la fonction achats de l'économat, prévue le 31/12/2014

-- Evaluation n°2 : par le remplissage des premiers tableaux d'indicateurs de la fonction approvisionnement du magasin, prévue le 31/12/2014

-- Evaluation n°3 : par la production du 1er bilan annuel d'activité du secteur économat - magasin, prévue le 31/01/2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

E1-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les besoins des secteurs d'activité ne sont pas évalués sur un plan qualitatif.

La seconde évaluation est prévue en décembre 2015 et à partir de 2016 il sera une évaluation annuelle

E1-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : Les principes applicables à l'achat écoresponsable ne sont intégrés à la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs que pour quelques produits.

Pour ces deux actions, une seconde évaluation est prévue en décembre 2015 et à partir de 2016 il sera fait une évaluation annuelle.

E2-EA2 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La démarche d'achat écoresponsable n'est initiée que pour une part marginale de produits.

Cet axe d'amélioration est évalué en même temps que E1-EA2 / action n°1 : la seconde évaluation est donc prévue en décembre 2015 et à partir de 2016 il sera fait une évaluation annuelle.

Les résultats des évaluations seront diffusés aux membres du CODIR, à l'économat et aux membres de la commission des achats.

E3-EA1 : Partiellement

Dysfonctionnement n°1 : La politique d'achat ne bénéficie que d'un nombre limité d'outils de suivi et d'évaluation.

Le suivi des nouveaux indicateurs mis au point sera pérennisé par la production annuelle du bilan d'activité du secteur économat - magasin

Validation institutionnelle:

Les actions menées sont inscrites dans le plan d'actions qualité de l'établissement.

L'évolution de la démarche est suivie lors des comités de pilotage Qualité Gestion des risques.

La politique achats de l'établissement et la charte d'engagement « Développement Durable » des fournisseurs feront l'objet d'une validation par le siège d'HSTV.

Planification des revues de projet:

- Formation du personnel de l'économat à la mise en œuvre d'achats écoresponsables : courant 2015

- Mise en place d'un groupe de travail pluriannuel « Développement Durable » au sein de l'établissement : 30 juin 2014

- Sensibilisation à la démarche « Développement Durable » lors des journées d'intégration des nouveaux arrivants

- En 2015, évaluation semestrielle de la mise en œuvre des achats écoresponsables

- Suivi des nouveaux indicateurs de la fonction achats avec une périodicité variable suivant les indicateurs : de trimestrielle à annuelle.

-- Production annuelle du bilan annuel d'activité du secteur économat - magasin