



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

**1 rue roger signor
Bp 43083
29123 Pont L'Abbe
OCTOBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	18
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	24
DROITS DES PATIENTS	30
PARCOURS DU PATIENT	37
DOSSIER PATIENT	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	48
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	54
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	59
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	64
ANNEXE	69

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE	
Adresse	1 rue roger signor 29123 Pont L'Abbe
Département / région	FINISTERE / BRETAGNE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1137	GCS DE CHIRURGIE DU SUD-FINISTERE	14 avenue yves thepot 29107 QUIMPER
Entité juridique	220020739	HOSPITALITE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	29 rue charles cartel 22400 LAMBALLE
Etablissement de santé	290000785	HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE	1 rue roger signor Bp 43083 29123 Pont L'Abbe
Etablissement de santé	290017920	CENTRE DE LONG SEJOUR HOTEL-DIEU DE PONT-L'ABBE	Rue roger signor 29123 Pont-L'Abbe

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
HAD	HAD	/	/
MCO	Médecine	92	10
Santé mentale	Psychiatrie générale	20	/
SLD	SLD	34	/
SSR	SSR	48	8

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

/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none">- Convention constitutive avec l'UHC, depuis le 03/11/2011 dans le domaine de la Stratégie générale de partenariats- GCS chirurgie avec UHC, depuis le 23/09/2011 dans le domaine de la Chirurgie- GCS AMU avec UHC, depuis le 23/09/2011 dans le domaine : AMU- GCS Médico Technique avec UHC, depuis le 23/09/2011 dans le domaine du Médico technique- GCS HAD avec UHC, depuis le 01/04/2016, dans le domaine de l'HAD
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt: Chirurgie, depuis le 06/01/2014
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Création: SSR Diabéto Nutrition, depuis le 26/06/2015 HAD, depuis le 01/04/2016 LISP, depuis le 09/12/2014

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management stratégique, gouvernance
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	"Médecine HC Médecine interne et polyvalente	A définir	Non programmée	Complexe	MCO
2	Adulte/Adolescent	Médecine HP	A définir	Programmée	Simple	MCO
3	Sujet âgé	SSR polyvalent	A définir	Programmée	Complexe	SSR
4	Adulte	Psychiatrie	A définir	Non programmée	Simple	Santé mentale
5	Sujet âgé	SLD	A définir	Programmée	Simple	SLD
6	Adulte	HAD	A définir	Programmée	Complexe	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE

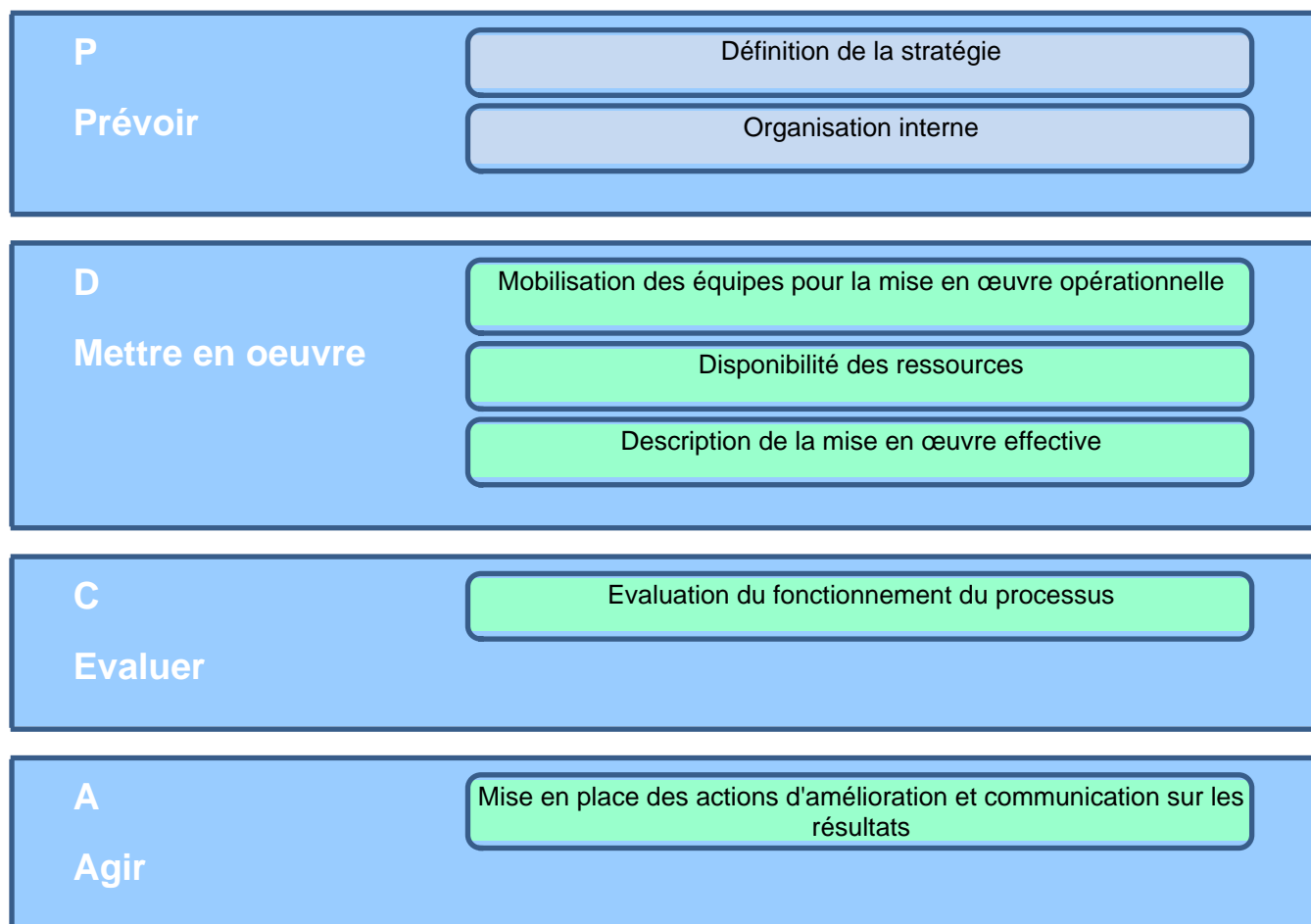
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement s'est doté de règles lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions. Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, intégrant un engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises.

L'évaluation de ce processus consiste aussi à s'assurer que l'établissement a pris en compte dans la définition de sa stratégie, les orientations fixées par la puissance publique au travers des outils de la planification.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre de son CPOM 2013-2017, l'Hôtel Dieu de Pont-L'abbé a mis en œuvre une restructuration forte avec d'une part le transfert de son activité de chirurgie sur le CH intercommunal de Cornouaille Quimper-Concarneau et d'autre part, en maintenant sur place le développement de spécialités médicales et d'un plateau technique de jour, le renforcement de la filière gériatrique sanitaire et médico-sociale, l'adaptation de l'activité de psychiatrie ainsi que la réorganisation de l'hospitalisation à domicile (HAD). Lors de la formalisation du nouveau projet stratégique 2016-2020, l'établissement poursuit ces orientations tout en stabilisant son organisation. En effet celui-ci présente la particularité d'une part d'appartenir au groupe Hospitalité Saint-Thomas Villeneuve (HSTV) qui gère plusieurs structures notamment médico-sociales en Bretagne et en Provence, et d'autre part d'être membre de l'Union Hospitalière de Cornouaille qui regroupe l'ensemble des établissements hospitaliers du territoire. Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé à cette occasion, a défini des axes d'actions notamment un projet médical et de soins partagé, la formalisation d'un système d'information territorial, une mutualisation des fonctions achats, la coordination des fonctions supports (RH, finances et DIM) et une réflexion sur la promotion de la santé en Cornouaille. Plusieurs groupements de coopération sanitaires (médicotechnique et logistique, chirurgie, accueil des urgences et Hospitalisation à Domicile (HAD) complètent l'organisation et la coordination de l'activité territoriale. C'est dans ce contexte que le nouveau projet d'établissement 2017-2021 a été élaboré en cohérence avec le projet médical de territoire partagé. A cette occasion, différentes études relatives aux besoins, aux risques identifiés et à l'image de l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé ont servi de supports complémentaires à la réflexion. Elle a été menée, sous l'égide d'un comité de pilotage, de manière participative (environ une centaine de personnes sollicitées), par la constitution de groupes de travail de professionnels, l'intégration des représentants des instances et des usagers. La stratégie est définie au travers de plusieurs projets (médico-soignant, gestion, qualité, social, usagers, développement durable) en reprenant le projet stratégique du groupe (HSTV) «prendre soins et accompagner » et les actions propres à l'hôtel-Dieu (réponse médicale polyvalente et spécialisée, liens avec les acteurs de proximité et coopération territoriale).

Le projet de prise en charge vise à prendre soin et accompagner notamment par le partage d'expérience pour développer une dynamique de groupe, la conciliation « compassion » et « technicité », l'innovation dans les organisations et les outils ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le projet qualité s'appuie sur la direction de la qualité du groupe avec un système de management de la qualité visant à promouvoir l'accueil et l'hospitalité, les soins et l'accompagnement, les droits et l'information, l'hôtellerie, le professionnalisme et les compétences, la démarche qualité et la gestion des risques. Le projet social prévoit de déployer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, développer un management participatif, améliorer les conditions de travail et intensifier la communication. Le projet de développement durable est organisé autour d'un comité de pilotage et de groupe de travail pour répondre à la responsabilité sociétale du groupe HSTV, dans le cadre d'un dialogue avec les parties prenantes en achetant responsable, en impliquant les acteurs dans la démarche d'écoresponsabilité, en mobilisant les acteurs au quotidien et en ancrant localement les établissements. Cette orientation répond aux observations faites lors de la dernière visite de certification V2010. Le projet de gestion vise d'abord, en matière de management et d'organisation, à améliorer la lisibilité et la répartition des responsabilités et des fonctions notamment par la révision de l'organigramme et la constitution de binômes soignant/médecin dans les services, structurer le dialogue de gestion, accompagner et évaluer les projets et formaliser un circuit de l'information adapté et facile d'accès. Le deuxième axe concerne la poursuite de l'ouverture du système d'information au sein du territoire et auprès des professionnels de ville et le développement de l'innovation (télémédecine). Enfin, dans le secteur immobilier, l'établissement continue d'une part la modernisation et l'adaptation architecturale de son patrimoine et d'autre part l'optimisation des fonctions supports et des mutualisation internes et externes. Le projet des usagers est intégré au projet d'établissement et prévoit d'élargir son mode de représentation notamment pas la présence d'élus ou de représentants d'associations, tout en développant la participation des bénévoles. L'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé dispose de conventions en matière d'imagerie, de biologie et de pharmacie avec notamment le CH de Cornouaille Quimper-Concarneau et a la responsabilité de la gestion de l'HAD de territoire. Cette stratégie, élaborée de façon participative, a fait l'objet d'un séminaire et a été validée par les instances concernées (Conseil d'Administration, CME, CE, CHSCT, CSIRMT, CDU), présentée auprès de la direction générale du groupe hospitalier Saint-Thomas Villeneuve et de l'Union hospitalière de Cornouaille et a fait l'objet d'une communication large. Le compte qualité et la cartographie des risques de l'établissement ont servi de base pour élaborer la programme qualité de sécurité et des soins (PAQSS). Le suivi du projet d'établissement est formalisé avec un point annuel pour vérifier son avancement et l'adapter le cas échéant.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus avec un organigramme, positionnant les différents acteurs, connu des professionnels.

L'équipe de direction (Finances, ressources humaines, qualité, logistique et travaux, coordination des soins et gestion des risques, département d'information médicale, système d'information) placée sous la responsabilité du directeur regroupe l'ensemble des responsables à même d'assurer le pilotage de ces projets en lien avec les instances. Chacun, pour son secteur, pilote le projet dont il a la responsabilité. Pour chaque projet, le rôle et la responsabilité des référents sont identifiés et formalisés. Les instances internes (CME, CE, CHSCT) sont régulièrement sollicitées pour instruire les différents points relevant de leurs compétences. Les ordres du jour sont préalablement concertés, les réunions font l'objet d'un compte rendu et un suivi des décisions notamment celles du CHSCT. Des tableaux de bord de suivi (activité, dépenses et recettes, absentéisme, effectifs, plan d'action du CHSCT) sont mis à disposition des instances et diffusés. Les informations nécessaires à la prise de décisions sont apportées et débattues.

Un comité d'éthique, composé des représentants des professionnels existe depuis 2013. Il peut se saisir ou être saisi, formuler de avis et venir en soutien des équipes pour des questions complexes. Le projet de prise en charge des patients est animé par le président de la CME et la coordinatrice des soins. Le Directeur a en charge le projet de gestion notamment le management et les organisations, le système d'information, la logistique et l'immobilier. Le projet social placé sous la responsabilité du responsable des ressources humaines met l'accent sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la qualité de vie au travail. Le comité de pilotage de la gestion des risques en charge notamment de la coordination des différentes instances concernées par les risques liés aux soins (identitovigilance, CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, etc.) est animé par la RAQ. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse aux besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La composition des équipes (nombre et compétences), les moyens matériels et la documentation permettent d'assurer ces activités. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Les organigrammes et les délégations sont établis et actualisés pour l'ensemble de l'établissement et au niveau des différents secteurs d'activité. Le développement du dossier patient territorial et la mise en place d'une gestion documentaire électronique participent à la fiabilité des données et à la maîtrise de l'actualisation et de la diffusion des informations. Le pilote de la thématique est le directeur délégué. Des modalités de suivi hebdomadaire interne (comité de direction hebdomadaire, rencontre directeur-président de CME-présidente de la CSIRMT, collectif des cadres de santé) participent au pilotage de la gestion de projet et à la coordination des activités. Par ailleurs d'autres modalités de coordination au sein du groupe HSTV et de l'Union hospitalière de la Cornouaille complètent ces dispositions notamment la commission de l'Union et le conseil de gestion des groupements de coopération sanitaire (GCS).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'établissement a pris en compte les objectifs issus des décisions de la certification V 2010. Des groupes de travail ont été constitués autour des pilotes avec un suivi de l'avancement concernant le développement durable, la dimension éthique et la définition des orientations stratégiques. A l'arrivée du nouveau directeur, un travail d'appropriation du compte qualité a été engagé et une cartographie des risques a été pilotée conjointement par la coordonnatrice des soins et la responsable qualité. Le collectif regroupant l'ensemble des cadres, partie prenante de cette démarche, a facilité la formalisation d'une hiérarchie des risques et réalisé un travail de sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés. Les acteurs assurant la gestion du management des différents axes du projet stratégique sont aussi partie prenante de la mise en œuvre opérationnelle. Ils sensibilisent les personnels au travers des groupes de travail constitués et les instances de l'établissement. La communication des informations générales et stratégiques est assurée par l'encadrement et également par le journal local. La communication externe est assurée par le directeur notamment dans la presse locale.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. En ce qui concerne le système d'information, des ressources informatiques matérielles et logicielles supplémentaires ont été déployées (DPI, GED) pour compléter l'existant. Les plans de formation 2015 et 2016 ont permis d'accompagner le déploiement rapide et organisé de l'informatisation pour l'ensemble des professionnels notamment le DPI. Les pilotes de processus ont été formés à la gestion et au suivi du compte qualité. Ils disposent d'une fiche de mission et d'un guide. Les documents nécessaires au bon déroulement des réunions et des instances sont élaborés et mis à disposition (tableaux de bord, indicateurs, bilans et comptes rendus de réunions). Les locaux sont conformes ou en cours d'adaptation avec notamment la rénovation des unités de médecine, le transfert du secteur personnes âgées dans un nouveau bâtiment qui ouvrira très prochainement et le repositionnement du laboratoire à proximité des urgences.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les instances se réunissent à fréquence régulière (CA, CME, instances spécialisées, CLIN, CLAN, CLUD, CDU) et de manière plus rapprochée lors de la préparation de la certification. La commission des usagers est partie prenante de l'activité institutionnelle et a participé de façon active à l'élaboration du projet d'établissement. Ses membres ont bien mis en évidence leur investissement par leur connaissance des nouvelles orientations et leur intégration dans les groupes de réflexion lors de la rencontre organisée au cours de la visite. La coordination entre la gouvernance (directeur, président de CME) et les responsables de domaines spécifiques est formalisée. La cohésion des équipes opérationnelles (soignantes et des fonctions support) est forte, avec une implication importante des professionnels qui a été remarquée par les experts visiteurs lors des différentes rencontres au moment de la visite. Les réunions régulières des groupes de travail sur les différentes thématiques ont permis le partage et la circulation des informations. En particulier, les professionnels ont montré leur connaissance de la démarche de certification, des projets récemment mis en œuvre (DPI) ou en cours de déploiement (GED), ainsi que des projets futurs (mutualisation de ressources). Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les réunions font l'objet d'ordres du jour et de comptes rendus qui témoignent de la qualité des informations fournies et des échanges entre les participants, qu'il s'agisse des instances ou des réunions des groupes de travail.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des outils de suivi de la qualité, du budget, des ressources humaines, de l'informatique et de l'activité sont opérationnels et constituent la base de la réflexion médico-économique de la direction et des instances (CA et CME). L'établissement suit la mise en œuvre de son plan d'assurance qualité, l'évolution de ses IQSS, de la satisfaction des usagers, le tableau de bord des activités, la projection budgétaire, le rapport d'activité, le suivi de l'absentéisme et des effectifs et du plan d'action du CHSCT. Pour compléter ces éléments, la revue annuelle du projet d'établissement, les diagnostics de besoins d'adaptation architecturale ou de besoins et d'offre en santé sur le territoire alimentent la stratégie de l'établissement. En ce qui concerne le développement durable, des indicateurs de suivi des actions notamment en matière d'énergie, d'achat à usage unique et de produits désinfectants sont en cours de formalisation.

A / AGIR

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

Une organisation destinée à promouvoir et à suivre les actions d'amélioration est formalisée. A l'échelle du groupe HSTV, elle a lieu dans le cadre du conseil local et à l'occasion des réunions mensuelles des directeurs et responsables fonctionnels. Cela concerne l'adaptation de la stratégie de l'établissement selon les orientations du groupe et de l'évolution des besoins de l'offre de santé. A l'échelle du territoire, l'adaptation des modalités de coopération (filiale de soins, mutualisations medicotechnique) peuvent être évoquées au sein de la commission stratégique opérationnelle. Au sein de l'établissement, les instances et le comité de suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement, participent à la mise à jour annuelle du programme d'actions selon l'état d'avancement du projet d'établissement et en tenant compte de l'évolution des axes stratégiques. Une action d'amélioration relative à l'organisation médicale a été formalisée et validée par les instances de l'établissement notamment la CME. Il s'agit de l'institution, dans chaque service, d'une fonction de coordonnateur médical suite au constat de la désynchronisation des temps médicaux et paramédicaux. L'objectif est d'identifier un binôme médecin coordonnateur/cadre de santé chargé de garantir la fluidité et la sécurité des parcours. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. La communication interne des résultats est réalisée auprès des instances (CA, CME, CE), des réunions des groupes de travail et des instances spécialisées (CLIN, CLAN, affichage, journal local). La communication externe est pilotée par la direction, en lien avec la direction de l'HSTV et l'Union hospitalière de Cornouaille à partir des thèmes d'articles proposés à la presse locale avec comme objectif de rendre lisible la réorganisation du territoire et les activités des différents acteurs.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

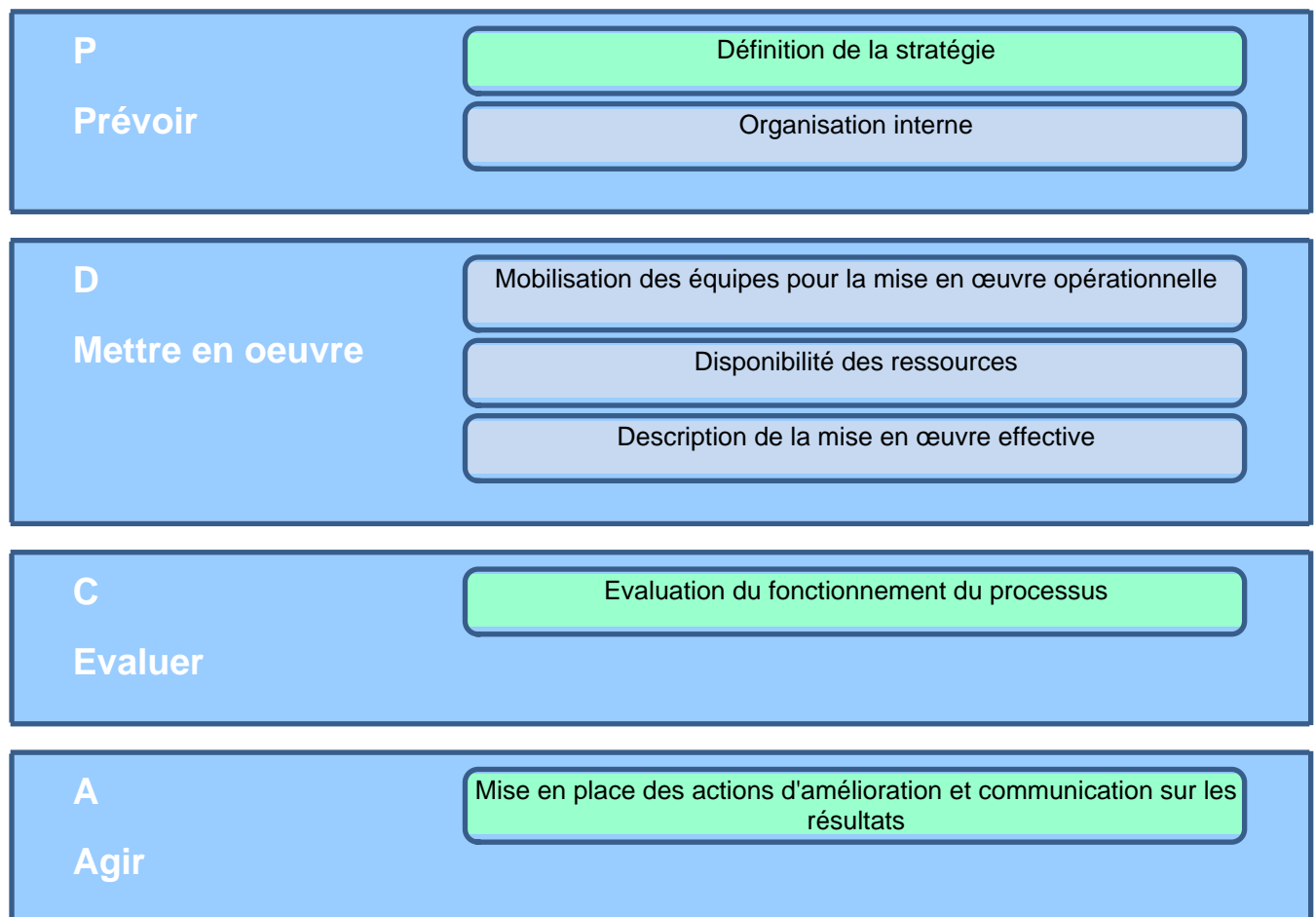
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Politique générale de management de la qualité et de la sécurité des risques de l'établissement est organisée et formalisée. Les orientations stratégiques et la lettre d'engagement, ainsi que le projet d'établissement en cours de rédaction intègrent la politique qualité et gestion des risques.

Cette politique est définie au regard des orientations prioritaires de l'établissement, des orientations du programme national pour la sécurité des patients, des orientations du GHT de Cornouaille. Elle s'inscrit dans la politique qualité du groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve auquel l'établissement est rattaché depuis 2012. Elle intègre les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise. La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins fixe des objectifs et intègre des indicateurs qualité déclinés pour ceux qui le nécessitent par secteur d'activité.

La politique MQGDR a été validée par les instances (la Direction, la Direction des soins, la CME et les représentants des usagers) et est révisée au moins annuellement. Elle regroupe les différentes organisations mises en place et permettant d'identifier les risques. Six axes stratégiques sont définis : l'implication des personnels et la communication, la poursuite de la démarche EPP, l'optimisation du pilotage, le renforcement de l'implication des usagers, la maîtrise de la gestion documentaire et la collaborations avec les établissements du territoire de santé. Les objectifs de cette politique sont déclinés dans un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins structuré (actions, responsables, échéances, modalités de suivi), prenant en compte l'ensemble des éléments attendus par l'HAS et notamment l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la CDU. Néanmoins, le programme d'action global de l'établissement n'a pas pris en compte, dans l'identification des risques, certains résultats d'indicateurs nationaux et locaux.

Certains items de la tenue du dossier d'anesthésie, et de la tenue du dossier du patient souffrant d'AVC, et de l'indicateur de l'évaluation de la contention (indicateur interne) n'ont pas donné lieu à l'identification d'une action d'amélioration inscrite dans le programme d'actions.

Le programme est présenté et validé annuellement par les instances de l'établissement. La politique EPP est organisée et formalisée. Elle a fait l'objet d'une révision en janvier 2017. La CME et la direction des soins ont la responsabilité de cette politique avec le soutien méthodologique de la responsable qualité qui en assure la coordination. La stratégie de développement de l'EPP, résultat d'une concertation entre professionnels de santé et gestionnaires est inscrite dans cette politique. L'Établissement a été mobilisé dans l'élaboration du Compte Qualité qui est articulé avec le Programme Qualité grâce à une participation active pluri-professionnelle tant dans l'élaboration de la politique générale que sur l'identification des risques. Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins notamment dans le cadre de la CDU. Le Compte Qualité de l'établissement reprend les risques identifiés dans la politique, ainsi que les objectifs qui s'y rapportent. La communication de l'établissement sur sa politique qualité ainsi que sur sa stratégie de développement de l'EPP concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend un niveau de gouvernance et de politique institutionnelle dont le pilotage est assuré par le directeur, le président de CME et la directrice des soins, un niveau de pilotage, de coordination et d'animation dont la coordination est assurée par les membres du COPIL qualité qui siègent aux autres instances et commissions de l'établissement et un niveau de mise en œuvre opérationnelle dont les cadres de proximité se réunissent dans un collectif cadre avec la directrice des soins sur un rythme hebdomadaire, assurent les interfaces avec les professionnels de terrain et s'assurent de la mise en œuvre opérationnelle. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste. La quotité de temps dédié pour assurer ces missions est définie pour la responsable qualité (80%) et pour l'assistance qualité (50 %). Un organigramme fonctionnel et organisationnel est réalisé et diffusé.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée en conformément à la réglementation ; la responsable identifiée est la pharmacienne qui siège à la CME. Le COPIL QGDR se réunit tous les trois mois et plus si nécessaire. Son fonctionnement est formalisé et les membres ainsi que leurs missions sont identifiés. Il existe une CAREI, commission d'analyse et de réduction des événements indésirables qui se réunit tous les quinze jours. La Commission des Usagers est organisée et formalisée, elle répond aux exigences réglementaires, un compte rendu annuel et établi. Le pilotage et les missions des différentes structures en charge de la mise en œuvre de la politique sont définis :

- La gestion des risques associés aux soins : la coordination des risques est réalisée en réunion annuelle qui regroupe tous les référents des différentes vigilances organisées sur l'établissement.
- Le développement de la démarche d'EPP dans les secteurs d'activité est effectif par le biais d'audits cliniques, de CREX, de RMM, de patients traceurs et d'élaboration de cartographie des risques.
- Les RCP de cancérologie concernant les patients traités par chimiothérapie sur l'établissement sont

réalisées sur l'établissement de Quimper, qui est l'établissement prescripteur.

- Les vigilances sanitaires sont organisées et formalisées, les référents en sont l'infirmière hygiéniste, un cadre de proximité et la pharmacienne qui assure également le rôle de coordinateur des vigilances. Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée, ainsi qu'entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire. Des événements indésirables impliquant différents établissements ou réseaux du territoire font l'objet d'une analyse commune.

- La gestion des plaintes et réclamations est organisée et formalisée, le pilotage et les missions sont assurées par l'assistante qualité. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. La CDU reçoit toutes les plaintes et réclamations de l'établissement.

- La gestion des événements indésirables est réalisée par la CAREI de l'établissement sur un rythme bi mensuel. Un logiciel informatique a été mis en place pour les déclarations. Un bilan annuel et une analyse régulière (CREX, analyse des causes profondes, EI sentinelles) nourrit le PAQSS. L'analyse est réalisée selon l'échelle de criticité de la HAS. Une réponse est envoyée systématiquement aux acteurs concernés, des actions d'amélioration sont mises en place.

- La gestion de crise est organisée. Le plan blanc est réactualisé. L'établissement a collaboré à un exercice du territoire en 2016 qui a donné lieu à un relevé de conclusions diffusé. Les alertes sanitaires descendantes et ascendantes fonctionnent.

- La maîtrise du risque infectieux est fonctionnelle.

- La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une politique effective organisée et formalisée.

Des binômes référents qualité/risque sont identifiés par pôle, le cadre de proximité et les soignants référents assurent cette mission. Des référents hygiène, transfusion, douleur, bientraitance sont identifiés.

- La veille réglementaire et normative de la qualité est assurée par la RAQ.

L'établissement a un abonnement à " Hospimédia" qui est accessible aux différents acteurs d'encadrement ou de direction.

L'établissement a identifié ses besoins et les ressources nécessaires lui permettant d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés en matière de qualité et de sécurité des soins :

- Le plan de formation inclut des formations aux outils qualité (méthode ORION, patient traceur, audit de processus, gestion des risques) et la gestion des compétences est effective,

- Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées. La gestion documentaire est assurée par la RAQ concernant la qualité et gestion des risques et chaque direction organise la gestion et la diffusion des informations la concernant. Une procédure des procédures est formalisée et en application sur l'établissement.

- Le système d'information est structuré, l'établissement est actuellement en phase d'informatisation et deux systèmes coexistent : papier et informatique. La mise à jour des documents papiers est assurée par la RAQ relayée par les cadres de proximité.

L'organisation de la communication sur la qualité et la gestion des risques est organisée et effective de la direction vers les différents professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des différents secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement. L'encadrement de proximité assure la mission d'interface entre la direction et les acteurs du soin. La conformité des pratiques est assurée par l'encadrement de proximité qui assure le suivi des différents indicateurs de suivi de ses unités par le biais d'un tableau mensuel. Ce tableau est transmis ensuite à la Direction des soins; au vu des résultats de ces indicateurs, les cadres de proximité réalisent des audits flash. Il existe des plans d'actions dans les secteurs d'activité, liés au compte qualité ainsi qu'à l'analyse des plaintes et réclamations et des EI et qui font l'objet d'un suivi par le biais des tableaux mis en place et suivis par l'encadrement de proximité. Un ou des référent(s) qualité (hygiène, bientraitance, CREX, transfusion, etc.) sont nommés au sein de chaque secteur afin d'organiser la déclinaison de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur une concertation pluri professionnelle, et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières, des groupes de travail ainsi que la participation effective des acteurs de terrain dans l'élaboration du projet d'établissement, la politique qualité ainsi que les cartographies des risques. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs, analyse des EI, ..). Elles sont identifiées par le management du secteur d'activité ou les pilotes du management qualité et gestion des risques à partir de démarches d'analyse (CREX, RMM,..) et/ou de démarches d'EPP auxquelles participent les professionnels. L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions, séminaires, journées dédiées, semaine de la sécurité des patients, formation des nouveaux arrivants..). Les différents référents (bientraitance, hygiène, transfusion, CLUD, CREX) font le lien entre ces différents groupes ou comités et leurs collègues. La semaine de la sécurité est organisée sur l'établissement, fait l'objet d'une communication et la

participation des représentants des usagers y est effective. Des outils de communication interne sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels : les cadres sont identifiés comme vecteurs privilégiés des informations et transmissions, communiquant par différents biais (réunions de service, transmissions orales, écrits, affichages). Il existe également "le message du mois" élaboré selon l'actualité de l'établissement, ou les points sur lesquels l'équipe des cadres soignants et la directrice des soins souhaitent sensibiliser les personnels. Cette information s'affiche sur tous les postes informatiques lors de la connexion à Bluemedi et l'encadrement de terrain en assure l'affichage. Les personnels de l'établissement, suite à une évaluation de terrain ou un dysfonctionnement, peuvent demander à diffuser une information par ce lien intranet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Des actions de formation, intégrées au plan de formation annuel de l'établissement, sont mises en œuvre, y compris pour les nouveaux arrivants qui bénéficient de deux sessions annuelles spécifiques. Des formations propres à l'établissement, ou intégrées au plan de formation du groupe HSTV pour la Qualité et la Gestion des Risques, ou encore réalisées par un organisme extérieur sont inscrites sur le plan formation annuel de l'établissement. Ces formations sont proposées aux professionnels par l'encadrement de proximité lors d'entretiens individuels et selon les besoins spécifiques de l'unité, au regard des risques identifiés. Une formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirable est réalisée, ainsi que sur la méthode ORION pour les référents CREX lors du traitement des événements indésirables. L'établissement est engagé dans le développement du DPC.

Les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement comme les outils d'aide méthodologique et d'accompagnement (grilles d'analyse de risques, EPP, etc.), la fiche de signalement des événements indésirables, la mise en œuvre du plan blanc et les alertes sanitaires ascendantes et descendantes. Des outils permettant de recueillir leurs attentes ou d'évaluer leur degré de satisfaction sont mis à la disposition des usagers : les questionnaires de sortie sont remis avec le livret d'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les services visités, les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de constater la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins. Les professionnels ont participé à l'élaboration des cartographies des risques avec une méthodologie commune. Tous les soignants rencontrés connaissent les risques identifiés sur leur unité, il connaissent également les indicateurs suivis par leur encadrement. La notion de CREX est développée, la déclaration des EI et leur traitement est connu, l'informatisation des déclarations a facilité l'appropriation et l'accès à la déclaration. Des CREX auxquels participent les soignants sont réalisés régulièrement, ainsi que des RMM en médecine. Les différentes procédures de crise et/ou vigilances sont connues et accessibles. L'organisation pour le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP est assurée par le relais effectif de l'encadrement. Des CREX sont en place dans l'établissement, (5 : médicament, SSR, médecine, identité vigilance, USLD) sauf au bloc opératoire pour les endoscopies : le cas échéant, les professionnels se rattachent aux CREX de médecine. Deux RMM ont eu lieu en médecine en 2016. Des audits sont réalisés (18, dont 8 ont été initiés en 2016) dans le cadre des EPP : bienveillance, identité-vigilance, endoscopie, lettre de sortie, désignation de la personne de confiance, la douleur, les prescriptions/constantes, les numéros d'urgence, la feuille de suivi alimentaire, la prévention et prise en charge des escarres, l'hygiène des locaux, les précautions complémentaires, sécurité du médicament, qualité de la prescription chez le sujet âgé, stockage des armoires à médicaments, administration, conformité des piluliers au regard des prescriptions, prévalence sur la qualité de prescription des ATB. On retrouve dans les dossiers des patients suivis en cancérologie et bénéficiant de chimiothérapie les RCP instruites sur le site de QUIMPER. La gestion et l'analyse des EI donnent lieu à un plan d'actions annuel avec échéance, pilote, état d'avancement. La participation de la CDU à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme qualité de l'établissement est effective. Un bilan des FSEI lui est présenté de manière régulière. Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel et permet de mettre en œuvre des actions correctives et la CDU est informée des résultats de ces évaluations. Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre, la participation des professionnels à la gestion des plaintes et réclamations se fait par le biais des représentants soignants à la CDU. Une enquête "culture qualité" a été réalisée en 2014 et 2016, une troisième est prévue en 2018. L'information transmise par le "message du mois" est connue de tous les personnels rencontrés. Les professionnels peuvent également interpellier la direction qualité via leur encadrement de proximité. Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les instances opérationnelles CAREI, COPIL, CDU, CLUD, etc. se réunissent périodiquement. Les comptes rendus de ces réunions sont mis à la disposition des professionnels par le biais du logiciel informatique et/ou par l'intermédiaire des référents qui y siègent ou de l'encadrement de proximité. L'accessibilité aux informations est opérationnelle sur tous les outils informatiques, que ce soient les résultats des différentes évaluations, les tableaux de bord ou les comptes rendus des différents groupes de travail, comités ou instances. L'établissement est aujourd'hui

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Elle est basée sur le suivi annuel de la mise en œuvre du programme QGDR à l'échelle de l'établissement. L'établissement a réalisé un tableau de bord institutionnel ainsi qu'un tableau de suivi des actions mises en place suite aux CREX et analyse d'EI ainsi que des plaintes et réclamations. L'évaluation du processus repose sur un bilan annuel qui reprend le tableau de bord des EPP, les EI, les plaintes et réclamations, les CREX, les RMM, les audits, ainsi que l'état des lieux des échéances du plan d'actions. Des tableaux de bord permettent de suivre régulièrement la progression des indicateurs (d'activité, de ressources et de qualité) retenus par l'établissement. En revanche, certains indicateurs de suivi n'incluent pas les objectifs à atteindre. Les indicateurs de suivi établis sont quantitatifs. Les objectifs n'ont pas tous été formalisés ce qui ne permet pas dans le pilotage du processus, d'évaluer l'impact du plan d'actions mis en place sur l'établissement. Par exemple, on retrouve le nombre de personnels formés sur les droits des patients en regard du risque, mais le pourcentage souhaité sur la totalité du personnel n'est pas formalisé ; on retrouve le suivi du taux de participation aux COPIL, mais pas le taux de participation souhaité par le management qualité. Certains des résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances et dans le cadre des réunions direction ou du collectif cadre, bien qu'ils ne fassent pas tous l'objet de risques identifiés dans le PAQSS de l'établissement. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CDU et une enquête est réalisée à rythme régulier.

A / AGIR

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

Un rapport annuel est rédigé et présenté aux instances avec les différents tableaux de bord de suivi. Il est à noter qu'un suivi du PAQSS est fait avant chaque COPIL (actions réalisées, indicateurs mensuels des différentes unités) et une réévaluation est faite puis actualisée et insérée dans le compte rendu. La communication par voie informatique est réalisée. Il existe un dispositif de communication régulière des résultats des évaluations et des actions conduites. L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances et auprès des professionnels, les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont affichés et les résultats des indicateurs qualité sont communiqués aux usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le programme d'action global de l'établissement n'a pas pris en compte, dans l'identification des risques, certains résultats d'indicateurs nationaux et locaux. Certains items de la tenue du dossier d'anesthésie, et de la tenue du dossier du patient souffrant d'AVC, et de l'indicateur de l'évaluation de la contention (indicateur interne) n'ont pas donné lieu à l'identification d'une action d'amélioration inscrite dans le programme d'actions.	8a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Certains indicateurs de suivi n'incluent pas les objectifs à atteindre. Les indicateurs de suivi établis sont quantitatifs. Les objectifs n'ont pas tous été formalisés ce qui ne permet pas dans le pilotage du processus, d'évaluer l'impact du plan d'actions mis en place sur l'établissement. Par exemple, on retrouve le nombre de personnels formés sur les droits des patients en regard du risque, mais le pourcentage souhaité sur la totalité du personnel n'est pas formalisé ; on retrouve le suivi du taux de participation aux COPIL, mais pas le taux de participation souhaité par le management qualité.	2e

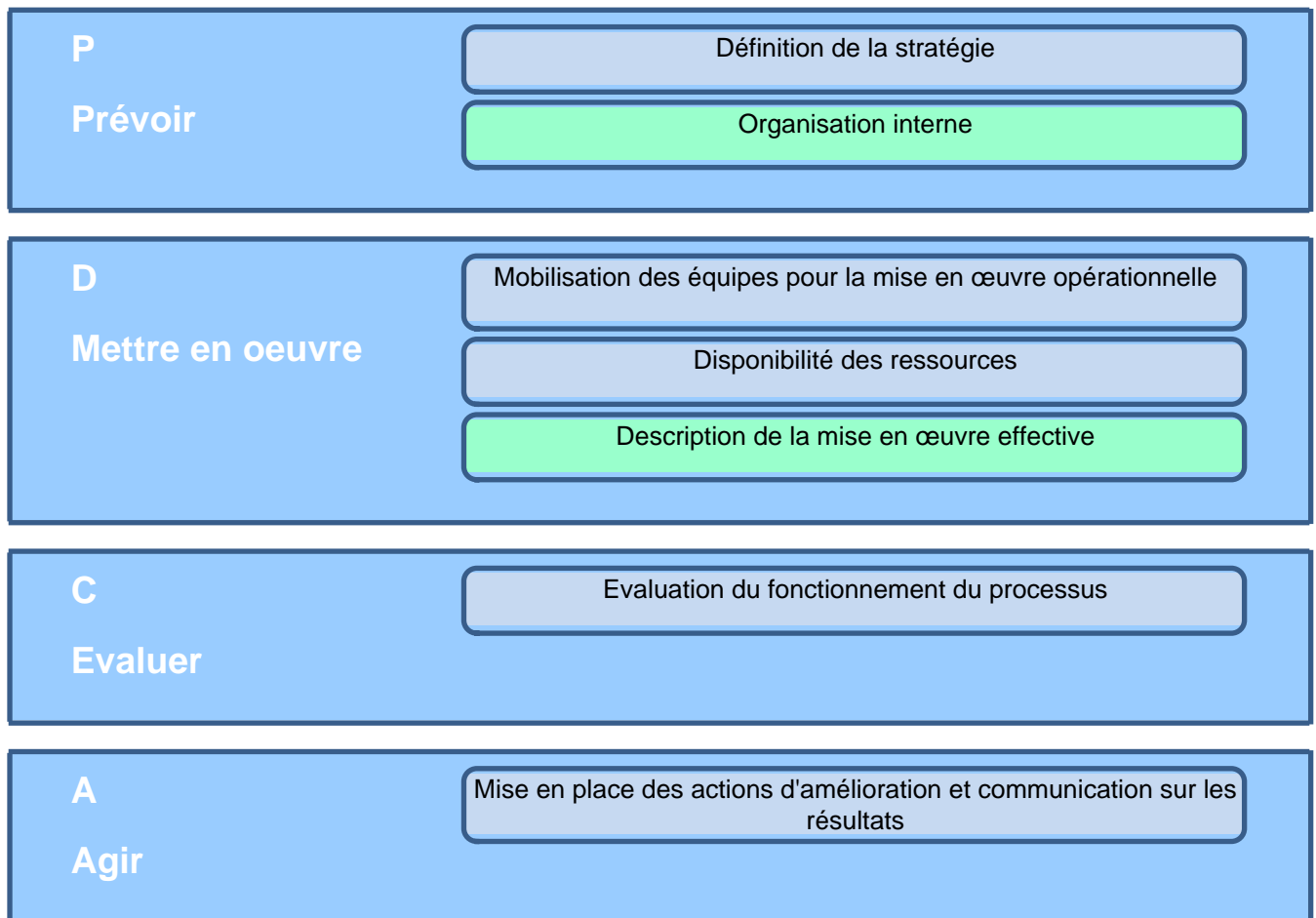
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement s'inscrit dans une démarche territoriale en participant aux groupes de travail du GHT, notamment pour la prévention du risque épidémique (grippe, BMR, BHRé) et collabore en temps réel, en particulier lors des alertes, avec le laboratoire de bactériologie accrédité COFRAC depuis février 2016. La politique de gestion du risque infectieux s'inscrit dans la continuité de la gestion des risques de l'établissement ; elle concerne à la fois les risques liés aux patients et les risques liés à l'environnement en fixant les modalités de gestion et de surveillance de l'eau, de l'air et des déchets ainsi que la concertation avec l'EOH dans le cadre des travaux. En cohérence avec le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), l'établissement a défini trois axes principaux : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé et en impliquant les bénéficiaires des soins, réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs (pose de cathéters, Picc Line, chambres implantables, utilisation des sondes endocavitaires, etc.), renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibio-résistance en réduisant les prescriptions d'antibiotiques non justifiées et en limitant les surcoûts par la prescription de molécules récentes. La stratégie mise en oeuvre s'appuie sur la réglementation, sur les expertises territoriales, régionales et nationales internes et externes, sur les différents réseaux (ABRI, CCLIN, ARLIN), sur les recommandations de la SF2H et des sociétés savantes, sur les résultats de la précédente visite de certification, le suivi des indicateurs nationaux : Bilan LIN, CONSOIRES, PREVAL ATB, sur une analyse a priori matérialisée par une cartographie ayant mobilisé de nombreux professionnels de terrain, et sur la réflexion issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables et des plaintes et réclamations le cas échéant. Cette stratégie, validée par les instances concernées : CLIN-COMAI, COPIL, QGR, CME, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Suite à l'élaboration de la cartographie, des orientations nouvelles sont venues alimenter le PAQSS et sept risques prévalents ont construit le Compte qualité. Outre les actions de réduction associées aux axes principaux, les points clés du processus s'articulent autour de la prévention des AES, les précautions standard et complémentaires, l'organisation du signalement des infections, la prévention des escarres. D'autres objectifs posés concernent l'actualisation des données par la veille, l'organisation des programmes de formation et d'audits, la révision des outils documentaires, le développement des compétences méthodologiques en termes d'analyse des causes, la définition d'indicateurs de surveillance appropriés. Chaque action gérée en mode projet est affectée d'un responsable doté de moyens et de temps dédié, et l'échéancier est révisé à périodicité définie.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui repose sur une collaboration étroite entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'Équipe opérationnelle d'hygiène et en concertation avec le CLIN-COMAI dont la composition pluri professionnelle et pluridisciplinaire, incluant les représentants des usagers, facilite la transmission des informations, le médecin urgentiste président du CLIN étant également le président de CME. Le CLIN cultive des interactions régulières avec la direction, la cellule qualité, les praticiens et pharmaciens, l'encadrement, les services médico-techniques et l'EOH, et avec la CME à laquelle il rend compte. Les objectifs sont d'assurer le suivi de la prévention du risque infectieux, de mettre en oeuvre le programme annuel, d'identifier les risques à insérer dans le programme d'actions, de mobiliser les moyens en cas de phénomène épidémique. Les rôles et responsabilités sont identifiés dans les fiches de poste des professionnels, et le CLIN obéit à des principes de fonctionnement formalisés. Le CLIN et la Commission des anti-infectieux (COMAI) ont pour mission d'élaborer et conduire le programme d'actions en lien avec les usagers pour prévenir les infections, réduire leur fréquence et promouvoir le bon usage des antibiotiques, de participer au développement des évaluations de pratiques professionnelles, d'identifier et d'analyser les causes en cas de survenue d'une infection associée aux soins. Sur le terrain, les référents ont pour mission de relayer les informations et de participer à la sensibilisation des équipes. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines. Les effectifs sont en place dans tous les secteurs et le plan de formation accorde un large place aux problématiques de l'hygiène, de la prévention et à la maîtrise de la prescription des antibiotiques. Cependant, la composition de l'EOH ne répond pas totalement aux attendus. Il n'y a pas de médecin hygiéniste dans l'établissement. Cette absence fait l'objet d'une réflexion au sein du groupe qui s'oriente vers une équipe d'hygiène de territoire en association avec Quimper ; la sécurité des patients n'est pour autant pas compromise car les compétences sont présentes sur le terrain ou mobilisables dans le cadre des coopérations : la bactériologiste régulièrement présente sur le site possède un DU d'hygiène mais pas de temps dédié pour cette activité. L'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles. Les locaux sont entretenus par une équipe interne encadrée par un responsable. Les ateliers et le service logistique pourvu d'une GMAO assurent la maintenance préventive et curative de la plupart des dispositifs

(lave-bassin, etc.). Les ressources documentaires nécessaires sont prévues, toutes les procédures requises pour la mise en œuvre du processus sont à disposition dans des classeurs actualisés et prochainement sur le réseau. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le circuit des déchets est organisé et contrôlé, l'élimination des déchets de l'HAD est également protocolisée. Un système de navettes est organisé pour l'acheminement des prélèvements, en cas d'urgence le recours est assuré par convention avec des taxis ou des ambulanciers disponibles 24/24. Les prélèvements environnementaux sont confiés à un prestataire externe, le linge est géré par la buanderie inter hospitalière de Quimper, l'établissement participe à un groupement d'achats publics.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. L'élaboration de la cartographie du risque infectieux a mobilisé les référents hygiène des différents secteurs et les représentants des usagers. Le repérage des situations à risque s'accompagne d'une analyse avec les professionnels de terrain, de la définition et de la priorisation des actions de régulation et des indicateurs confirmant l'amélioration attendue. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des rencontres sont régulièrement organisées par l'encadrement et l'IDEH omniprésentes sur le terrain. Des informations flash (le "message du mois") sont partagées et affichées. Les prescripteurs sont informés des résultats de l'analyse de leurs pratiques. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les résultats des audits, des indicateurs (SHA, taux de DASRI), résultats des contrôles environnementaux sont accessibles aux professionnels dans un dossier informatisé partagé. Ils sont connus et commentés. La déclaration des EI peut faire l'objet d'un retour d'expérience rapide avec une analyse des causes croisée, la mise en place d'actions correctives immédiates relayées par le "message du mois".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des référents en hygiène (IDE et/ou AS) sont nommés dans tous les secteurs y compris à la pharmacie, leur liste est à jour, leurs réunions incluses dans leur temps de travail font l'objet de comptes-rendus. Les personnels d'entretien bénéficient d'une formation de proximité, l'IDEH intervient à la demande. Les formations sont nombreuses : en 2016, 46 actions de formation en interne ont concerné les Picc-line, la pose des VVP, et plusieurs personnels ont participé à des congrès (brûlures, plaies et cicatrisation, journée régionale des anti-infectieux à Rennes). L'IDE Hygiéniste possède un DU escarres, elle a conçu un tableau pédagogique d'évaluation et de prévention du risque d'escarres. Bien que l'établissement n'ait pas été confronté à cette situation, une réflexion est amorcée concernant les BHRé ; une formation a été réalisée récemment et une cellule de crise a été organisée à Quimper. Les sensibilisations sont également dispensées à l'occasion de la semaine de sécurité des patients, de la "Journée mains propres". Les nouveaux prescripteurs et nouveaux personnels sont formés dans la semaine suivant leur arrivée au bon usage des antibiotiques, aux bonnes pratiques d'hygiène et à la maîtrise du développement des résistances bactériennes (BMR, BHRé). La pharmacienne, responsable du COMAI, est formée à l'analyse des causes et au pilotage des REX ainsi que tous les membres de la CAREI (commission d'analyse et de réduction des événements indésirables). Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les personnels disposent du matériel d'élimination adapté à leur activité : boîtes OPCT, écobox, matériel de tri sélectif et de récupération des bio-déchets. Les locaux de stockage intermédiaire et terminal sont identifiés et verrouillés par un digicode, leur nettoyage est assuré. Le matériel nécessaire à l'entretien des locaux est disponible, chaque service est équipé d'un lave-bassin et d'un local de décontamination muni d'une centrale de dilution. Les outils sont en place pour l'isolement des patients nécessitant des précautions complémentaires (présentoirs, matériel à UU, étiquettes et affiches). Des filtres anti-légionelles ont été installés à titre de précaution.

Le service d'hygiène et le responsable des ateliers déterminent tout le matériel nécessaire à la protection des professionnels et des usagers dans les secteurs en réfection. Le choix des produits et des matériels s'appuie sur les évaluations réalisées et l'IDEH est concertée pour les achats. La dotation en linge est assurée et le stockage réalisé dans des armoires métalliques mobiles ; les rotations quotidiennes n'étant toutefois pas suffisantes pour le retour des tenues nominatives, un stock supplémentaire de tenues est à disposition ainsi que des tabliers en tissu pour les services des repas et des tabliers à usage unique pour les soins. Les matelas et dispositifs anti escarres sont partout disponibles. Aux urgences, des automates permettent le maintien d'une activité minimale grâce à une astreinte sur site d'un biologiste. Un incubateur est également disponible pour les hémocultures qui seront traitées en cas de résultat positif. Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité : dans chaque service, les consignes concernant la conduite à tenir en cas d'AES, la friction hydro-alcoolique, le tri des déchets et les mesures à mettre en place en cas de précautions

complémentaires sont affichées. Il existe un livret d'accueil spécifique à l'hygiène rappelant les règles à respecter, et notamment pour les tenues de travail, le port de bijoux, etc. Le CLIN qui se réunit au moins trois fois par an est responsable de la révision des procédures.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les travaux sont étroitement suivis, l'EOH, la bactériologiste sont concertées, participent aux réunions de chantier ; l'hygiéniste supervise quotidiennement les confinements et l'équipe d'entretien est très largement sollicitée pour compenser les nuisances occasionnées par ces travaux, etc. Un isolement géographique est instauré pour les patients immunodéprimés. Toute l'organisation est en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, la réévaluation de l'antibiothérapie est généralement assurée comme le montre le patient traceur en SSR. Cependant, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas exhaustive. Le logiciel de prescription ne propose pas d'espace de validation pour cette réévaluation. Des solutions alternatives existent comme une prescription pour une durée maximum de trois jours, la mention d'un antibiogramme ou la prescription "selon recommandation". Par ailleurs, la pharmacienne vérifie au quotidien toutes les lignes de prescription et tous les antibiotiques sont en dispensation nominative. L'utilisation des SHA est généralisée y compris dans les chambres dès lors que l'évaluation du patient l'autorise ; les flacons mentionnent tous la date limite d'utilisation. Un important travail de prévention et de traitement des escarres est en place dans l'établissement où la population accueillie est âgée et à risque, cette démarche inclut l'information des professionnels d'amont en cas d'escarre importée révélée par l'enquête de prévalence. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'évacuation bi quotidienne des déchets et des gravats est conditionnée par une grille horaire permettant le nettoyage quotidien des ascenseurs. Le nettoyage des conteneurs est effectué dans le local terminal. L'enlèvement par la ville est quotidien et hebdomadaire pour les déchets valorisés. Les livraisons à la lingerie relais sont opérationnelles.

Les résultats de laboratoire sont accessibles par consultation directe ; les services sont appelés directement en cas d'alerte BMR pour la mise en place de l'isolement qui sera ensuite vérifié par l'IDEH prévenue par mail. La vigilance est accrue en cas de période d'épidémie ou de sur occupation (période estivale par exemple). Les relais entre l'établissement, les infectiologues, les médecins de ville sont fonctionnels. L'échéancier pour la surveillance environnementale est respecté : prélèvements trimestriels dans les différents secteurs et au au bloc (où ont essentiellement lieu les endoscopies sous AG, l'électroconvulsivothérapie, la pose de stimulateurs et quelques interventions ORL.), prélèvements annuels (air, légionelle). La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Tous les avis sont tracés dans les dossiers pour valider éventuellement des prescriptions d'antibiotiques "hors normes". Tous les résultats des prélèvements périodiques (eau, air, surfaces, prélèvements en endoscopie) prouvent que les locaux ne sont pas que visuellement propres. La traçabilité de l'entretien des armoires et des contrôles du linge assurés par Quimper est retrouvée ainsi que les contrôles d'hygiène alimentaire, on retrouve également les support d'enregistrement de l'entretien des différents locaux, matériels et des purges.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. De nombreuses évaluations encadrent et sécurisent le dispositif. Les responsables du processus sont chargés de renseigner les indicateurs nationaux issus du bilan LIN, le suivi des IQSS, les indicateurs CONSORES et du CBUM se conjuguent aux résultats des démarches de surveillance interne : Audits (dont un récent avec le prestataire de produits d'entretien, et un en cours de préparation sur le bio-nettoyage), EPP (précautions complémentaires, hygiène des locaux, prise en charge des escarres, surveillance des DASRI), Nombre d'AES, Résultats des prélèvements microbiologiques d'environnement, Nombre d'alertes BMR par le laboratoire, Nombre de signalements, Nombre de FSEI, Nombre de REX, CREX, RMM. L'établissement participe aux enquêtes du CCLIN (BMR, AES, PrevalATB), du GREPHH (endoscopie). Les résultats des évaluations donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

La réévaluation des actions d'amélioration est prévue à l'issue de leur mise en œuvre et ces évaluations sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel régulièrement actualisé. De nouveaux objectifs sont formulés, par exemple le renforcement de l'implication médicale par la poursuite d'actions de sensibilisation au signalement des IN à l'occasion des réunions de CME, la formation BHRe, la pérennisation de la formation des personnels aux bonnes pratiques d'hygiène lors des actes invasifs, la

révision du guide de bon usage des antibiotiques au regard de la consommation et de l'écologie bactérienne. Parallèlement, des outils complémentaires sont proposés aux professionnels : notamment matériel sécurisé pour la pose de KVP, les ponctions veineuses, les chambres implantables, l'injection d'insuline, etc. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les rencontres avec les professionnels, le "message du mois", la disponibilité des comptes-rendus, des bilans, les diaporamas, les films, l'affichage permettent la transmission des informations. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les tableaux de bord d'indicateurs et les bilans d'activité sont présentés en CLIN-COMAI, COPIL QGR, CDU, CHSCT, et en CME pour validation puis à l'ensemble des professionnels. Le bilan de consommation des antibiotiques est restitué aux prescripteurs. Les CR du CLIN donnent des informations sur la progression des travaux (désefumage, infrastructure, etc.). La semaine de sécurité permet une ouverture sur la ville, et des publications sont régulièrement assurées dans le journal local (avancement des travaux par exemple). En externe, l'établissement ambitionne également de renforcer la composition de l'EOH afin de créer une interface efficiente avec le personnel médical en lien avec le territoire et de réserver un temps dédié pour apporter une expertise à une structure médico-sociale du territoire.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	La composition de l'EOH ne répond pas totalement aux attendus. Il n'y pas pas de médecin hygiéniste dans l'établissement.	8g
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas exhaustive Le logiciel de prescription ne propose pas d'espace de validation pour cette réévaluation. Des solutions alternatives existent comme une prescription pour une durée maximum de trois jours, la mention d'un antibiogramme ou la prescription "selon recommandation". Par ailleurs, la pharmacienne vérifie au quotidien toutes les lignes de prescription et tous les antibiotiques sont en dispensation nominative.	8h

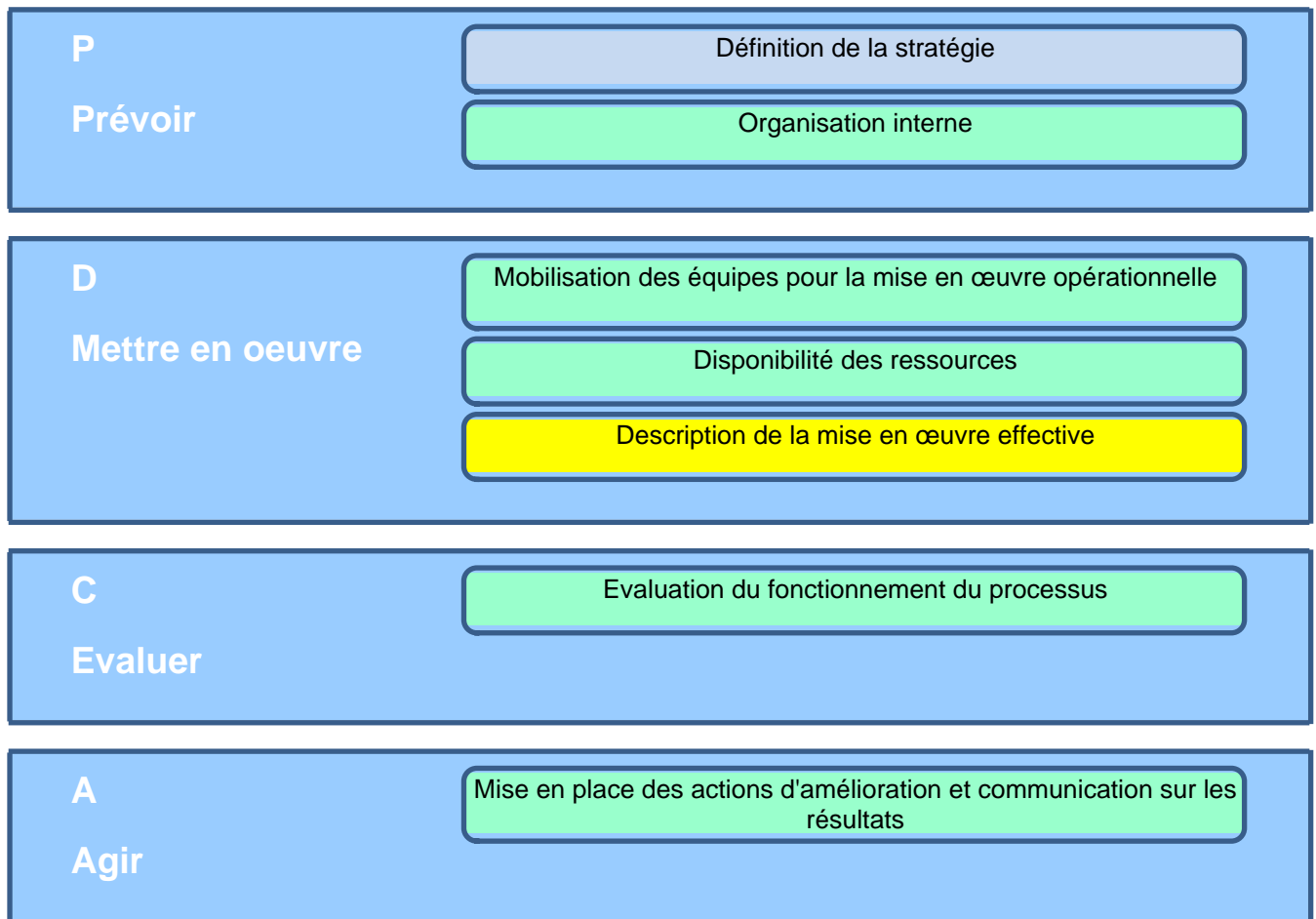
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique droit des usagers et promotion de la bientraitance créée en février 2017 est intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement. Elle est un pilier de la politique qualité. Portée par la direction, la direction des soins et le président de la CME, elle s'est voulue participative et elle est le reflet des valeurs portées par l'établissement et le groupe HSVT. La lettre d'engagement, signée par les usagers, la direction, la direction des soins et le président de CME dès 2013 puis en juillet 2016 renforce cette politique. Elle est en lien avec la CDU et le projet des Usagers. L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CDU et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition. Le compte qualité Droit des patients est issu du PAQSS de l'établissement, en lien avec l'analyse des risques liés aux patients. L'analyse de ces risques a été réalisée au regard de plusieurs sources : questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CRU, analyse des EI, indicateurs nationaux et locaux, préconisations du groupe fin de vie. Les 5 axes qui le composent se retrouvent déclinés dans le plan d'actions inscrit dans le PAQSS de l'établissement. L'un de ces axes est de « renforcer l'implication des usagers dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques ». Une cartographie des risques a priori a été élaborée par un groupe de travail pluri professionnel (groupe bientraitance, le groupe expert « formation droit du patient »), piloté par un médecin et le directeur des soins, selon la méthodologie unique utilisée par l'établissement (macro processus de prise en charge du patient, incluant les droit du patient à chaque étape). Une hiérarchisation et une priorisation ont été définis. Cette cartographie été présentée à la CDU pour avis et a conduit à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient au regard de ses droits. Sept risques ont ainsi été identifiés sur le compte qualité dont trois sur la confidentialité, le risque de fugue, le risque sur l'information du patient à ses droits, un sur la désignation de la personne de confiance (au vu du résultat de l'indicateur national) et un sur le risque d'épuisement professionnel, pouvant générer de la maltraitance. Les risques prioritaires des personnes en fin de vie ont également été identifiés, hiérarchisés et priorisés. L'établissement définit des objectifs d'amélioration qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités. Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « bientraitance et promotion des droits des patients » articulée avec la CDU est définie.. Le règlement intérieur de l'établissement est en cours de refonte. L'établissement s'appuie sur la direction qualité, la direction des soins, ainsi que sur le groupe bientraitance de l'établissement et le groupe expert constitué. Il s'appuie également sur le fonctionnement effectif de la CDU. Les représentants des usagers sont formés pour cette mission. Le bilan de la CDU est élaboré conformément aux recommandations et une permanence, animée par les représentants de la CDU est organisée avec la possibilité de rendez-vous, si besoin, en dehors des temps de permanence.

Des référents bientraitance sont identifiés dans les unités de soins. Un représentant des usagers fait partie du COPIL QGDR. Les usagers siègent au CLIN. Un représentant des usagers siègera sur les prochaines sessions du groupe bientraitance de l'établissement. Ces différentes commissions ont un règlement et un fonctionnement formalisé, leur membres sont identifiés. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste ou de mission. Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par la directrice des soins qui veille également à la communication des résultats. Les besoins en formation initiale et continue sur les droits des patients, la bientraitance, des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants. Les différents secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, notamment en matière de contention, ou de liberté d'aller et venir. Les interfaces avec les différentes instances sont définies et opérationnelles, au regard du recueil et analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, de la présences des représentants des usagers dans les instances ou groupes de travail. Des outils de communication interne et externe sont en place. Tous les documents concernés par cette thématique sont inclus dans la gestion documentaire de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients. Les responsables d'unité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus, par des actions de communication orales et/ou affichages. Des temps dédiés sont organisés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin en fonction des actions ciblées dans le PAQSS et des risques identifiés sur chaque secteur d'activité : dans les situations nécessitant une restriction de liberté en ce qui concerne la contention (un suivi des indicateurs de prescription et d'évaluation est réalisé mensuellement), dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles : des actions d'amélioration sont en place pour le retour des questionnaires de sortie, dans le cadre du recueil de la volonté du patient, des audits flash sur le taux de remplissage de la fiche personne de confiance sont réalisés. Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect. La réflexion bénéfico-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante. Il existe des staffs pluriprofessionnels, des CREX et 3 EPP sur cette thématique. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les responsables des unités. Des actions de communication mensuelle sont organisées. Au mois de mai, "le message du mois" était par exemple consacrée à la personne de confiance.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques. L'établissement met à disposition des professionnels différentes ressources afin de développer leur compétence sur ce sujet. Des formations institutionnelles sont prévues sur le plan de formation 2017 sur les prises en charge spécifiques (gériatrie, personnes désorientées), la bientraitance (chute, continence, communication soignant/soigné, personne âgée en fin de vie, fin de vie, douleur, communication, soins palliatifs), annonce d'un dommage lié au soin, accueil et communication. Une formation "droit du patient" est réalisée par le groupe expert de l'établissement. Le livret d'accueil du patient intègre un volet dédié aux droits et au fonctionnement de la CDU. Au niveau des ressources humaines, l'assistante qualité est désignée pour assurer les demandes d'accès au dossier et les courriers de plaintes et réclamations. L'information du patient sur le dommage lié au soin est organisé et formalisé, des soignants sont formés sur ce sujet, et un médecin identifié comme référent dans cette situation peut être appelé. La déclaration est faite par le biais des FSEI. Le personnel est régulièrement sensibilisé sur cette thématique. D'une manière générale, des documents d'information sont mis à la disposition des patients (flyers concernant les directives anticipées, la personne de confiance, etc.), et l'accès à ces ressources est facilité.

L'établissement a initié des actions sur la confidentialité avec des rappels, des sensibilisations et la remise d'un guide à tous les professionnels. Une charte des utilisateurs du système d'information est remise à tous les professionnels et leur signature est demandée.

La bientraitance est promue dans les unités de soins. Cependant, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de l'intimité et de la personne. Il existe des paravents dans chaque chambre double et chambre triple. Hormis dans les unités rénovées, il n'existe pas de bloc sanitaire complet dans les chambres : par exemple en psychiatrie, en SSR, et actuellement en USLD, mais des locaux neufs seront livrés prochainement.

Il est à noter que sur l'unité qui héberge les 5 LISP, il n'existe qu'une douche pour un total de 29 patients. En gastrocardio, la douche est priorisée pour les patients allant au bloc, les autres patients devant s'adapter à l'organisation mise en place pour leurs soins d'hygiène. Les professionnels sont toutefois sensibilisés au respect de l'intimité et suivent la procédure en vigueur.

De plus, la signalétique mise en place ne permet pas aux usagers de s'orienter facilement. La signalétique actuelle, par ailleurs peu développée, ne donne pas d'informations sur la nature du service recherché. La dénomination des secteurs ne correspond pas au type de prise en charge.

L'Etablissement a engagé des travaux d'infrastructure, un aménagement de ses équipements et de sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Respect des droits du patient s'appuie sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.

Le respect des rites et religions est assuré ainsi que le droit de vote et le recensement. Des modalités d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement. Des entretiens médicaux sont réalisés suite à des staffs ou réunions pluridisciplinaires des équipes soignantes. Dans ce cas la rédaction des directives anticipées sont proposées au patient. Les soignants peuvent faire appel à un traducteur inscrit sur une liste institutionnelle pour un patient parlant une langue étrangère. Il existe des plaquettes d'information en anglais à remettre aux patients au niveau des urgences. Le respect et la prise en charge des populations spécifiques est pris en compte ; des références sont instituées : hygiène, bientraitance, CLUD, CREX, qui transmettent à l'équipe les actions et les points de vigilance et/ou d'alerte sur cette thématique. Les procédures informatisées sont opérationnelles pour les FSEI, le signalement de la maltraitance.

Ces documents sont connus et utilisés par les professionnels. Des règles de fonctionnement sont inscrites sur les portes des unités et adaptées en fonction des patients présents dans l'unité. Un dispositif

est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient. L'accueil des familles et le soutien à l'entourage sont organisés : il existe une cafétéria, il est possible de prendre des repas avec les patients, certaines unités disposent de salon. Les horaires de visite sont modulés selon les besoins du patient et/ou de son entourage. Dans l'unité hébergeant les LISP, le rythme des patients et de leurs proches sont respectés dans leur intégralité. Lors de la réalisation des patients traceurs le service de SSR Polyvalent et de médecine polyvalente, l'expert visiteur a pu constater la mise en oeuvre des bonnes pratiques prévues en termes de traçabilité : personne à prévenir et personne de confiance sont tracées dans le dossier de la patiente, participation effective à une démarche d'évaluation des pratiques sur la personne de confiance et les directives anticipées. Les personnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Cependant, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas toujours assuré. En USLD les transmissions ont lieu dans une pièce ouverte sur la salle commune de l'unité. De plus, l'USC ne possédant pas de lieu d'accueil pour l'entourage, les éventuels échanges avec l'entourage des patients ont lieu dans le couloir d'accès aux quatre chambres. En médecine, les pochettes dossiers papiers sont rangés dans une armoire dans le PC qui est vitré. Certains dossiers sont ainsi visibles du couloir lorsqu'ils ne sont pas rangés dans l'endroit prévu après utilisation. Enfin, dans les unités, les chambres à 2 lits (3 en unité de SSR) ne permettent pas la confidentialité des échanges, la pathologie des patients n'autorisant pas toujours de les inviter à sortir de la chambre. Les conditions d'hébergement sont toutefois en cours de modernisation.

Les différentes unités identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en matière de contention. Les différents risques identifiés sur cette thématique sont connus des équipes soignantes, qui ont intégré les différentes actions d'amélioration mises en place et les indicateurs de suivi. Des systèmes anti fugue ont été réfléchis pour permettre une libre circulation des personnes. Toutefois, les restrictions de liberté ne font pas toutes l'objet d'une prescription médicale individualisée écrite et d'une réévaluation à périodicité définie. La périodicité de la réévaluation des contentions prescrites n'est pas retrouvée dans les dossiers des patients concernés. Les modalités de séjour des patients en psychiatrie ne garantissent pas le respect des libertés individuelles. Il est en effet notifié dans le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie que le patient ne pourra bénéficier de permissions de sortie de l'établissement qu'accompagné par un proche, cette disposition est effective en systématique et non réévaluée cliniquement. Par ailleurs, il est également notifié dans le livret d'accueil que le patient ne recevra pas de visite pendant la première semaine d'hospitalisation, cette limitation des contacts est effective sans réévaluation clinique du patient.

Enfin, les représentants des usagers assurent régulièrement des permanences ; les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par le biais du livret d'accueil, de l'entretien réalisé par les soignants à l'arrivée du patient et par voie d'affichage dans les lieux collectifs de l'établissement, les unités de soins et les chambres.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le retour des questionnaires, ainsi que l'analyse des EI, et des plaintes et réclamations par unité de soin permettent de vérifier sur le terrain la pertinence des actions d'amélioration mises en place, soit dans le cadre des CREX, ou de la mise en oeuvre du plan d'actions du compte qualité. Le plan d'actions mis en place au vu de l'analyse des risques identifiés est réajusté et remis à jour régulièrement. La directrice des soins, pilote au niveau de l'institution assure le suivi du processus bientraitance et promotion des droits des patients. Un tableau mensuel de suivi d'indicateur est tenu dans chaque unité de soin (par exemple, un indicateur de suivi sur la traçabilité de la personne de confiance est mis en place depuis 2016 et est affiché dans le service de SSR avec une évaluation régulière et une amélioration significative des résultats) puis transmis à la direction qualité, qui met ainsi à jour son bilan à chaque COPIL. Des audits flash sont réalisés sur la traçabilité de la personne de confiance et alimentent ces suivis d'indicateur. Un bilan est réalisé a minima une fois par an au sein des différentes instances. Les différents bilans sont communiqués aux professionnels de l'établissement. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées tant auprès des professionnels que des patients.

A / AGIR

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités. Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'

établissement dont la CDU. Un guide droit des patient a été élaboré et fait l'objet d'une diffusion tout nouveau professionnel soignant au moment de l'embauche. Le message du mois de l'établissement tient compte du suivi des indicateurs et porte une communication adaptée (en mai : personne de confiance), un audit sur la réévaluation des contentions est en projet au vu du dernier résultat de l'indicateur. Un suivi des actions réalisées est fait au même rythme ce qui permet un réajustement du compte qualité après le COPIL. Des actions de communication sont réalisées de manière régulière sur ces résultats. L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière la CDU qui formule des préconisations sur ces questions (révision du livret d'accueil, signalétique, etc.) et participe à la mise en œuvre des actions. Les objectifs d'amélioration et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre sont connus. Les résultats sont communiqués à l'ensemble des professionnels. Le réajustement du CQ est adjoint au compte rendu et publié via le logiciel accessible à tout le personnel.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La signalétique mise en place ne permet pas aux usagers de s'orienter facilement. La signalétique actuelle, par ailleurs peu développée, ne donne pas d'informations sur la nature du service recherché. La dénomination des secteurs ne correspond pas au type de prise en charge. L'Etablissement a engagé des travaux d'infrastructure, un aménagement de ses équipements et de sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies.	6b
	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de l'intimité et de la personne. Il existe des paravents dans chaque chambre double et chambre triple. Hormis dans les unités rénovées, il n'existe pas de bloc sanitaire complet dans les chambres : par exemple en psychiatrie, en SSR, et actuellement en USLD, mais des locaux neufs seront livrés prochainement. Il est à noter que sur l'unité qui héberge les 5 LISP, il n'existe qu'une douche pour un total de 29 patients. En gastro-cardio, la douche est priorisée pour les patients allant au bloc, les autres patients devant s'adapter à l'organisation mise en place pour leurs soins d'hygiène. Les professionnels sont toutefois sensibilisés au respect de l'intimité et suivent la procédure en vigueur.	10b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas toujours assuré. En USLD les transmissions ont lieu dans une pièce ouverte sur la salle commune de l'unité. De plus, l'USC ne possédant pas de lieu d'accueil pour l'entourage, les éventuels échanges avec l'entourage des patients ont lieu dans le couloir d'accès aux quatre chambres. En médecine, les pochettes dossiers papiers sont rangés dans une armoire dans le PC qui est vitré. Certains dossiers sont ainsi visibles du couloir lorsqu'ils ne sont pas rangés dans l'endroit prévu après utilisation. Enfin, dans les unités, les chambres à 2 lits (3 en unité de SSR) ne permettent pas la confidentialité des échanges, la pathologie des patients n'autorisant pas toujours de les inviter à sortir de la chambre. Les conditions d'hébergement sont toutefois en cours de modernisation.	10c
	NC	Les restrictions de liberté ne font pas toutes l'objet d'une prescription médicale individualisée écrite et d'une réévaluation à périodicité définie. La périodicité de la réévaluation des contentions prescrites n'est pas retrouvée dans les dossiers des patients concernés. Les modalités de séjour des patients en psychiatrie ne garantissent pas le respect des libertés individuelles. Il est en effet notifié dans le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie que le patient ne pourra bénéficier de permissions de sortie de l'établissement qu'accompagné par un proche, cette disposition est effective en systématique et non réévaluée cliniquement. Par ailleurs, il est également notifié dans le livret d'accueil que le patient ne recevra pas de visite pendant la première semaine d'hospitalisation, cette limitation des contacts est effective sans réévaluation clinique du patient.	10e

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

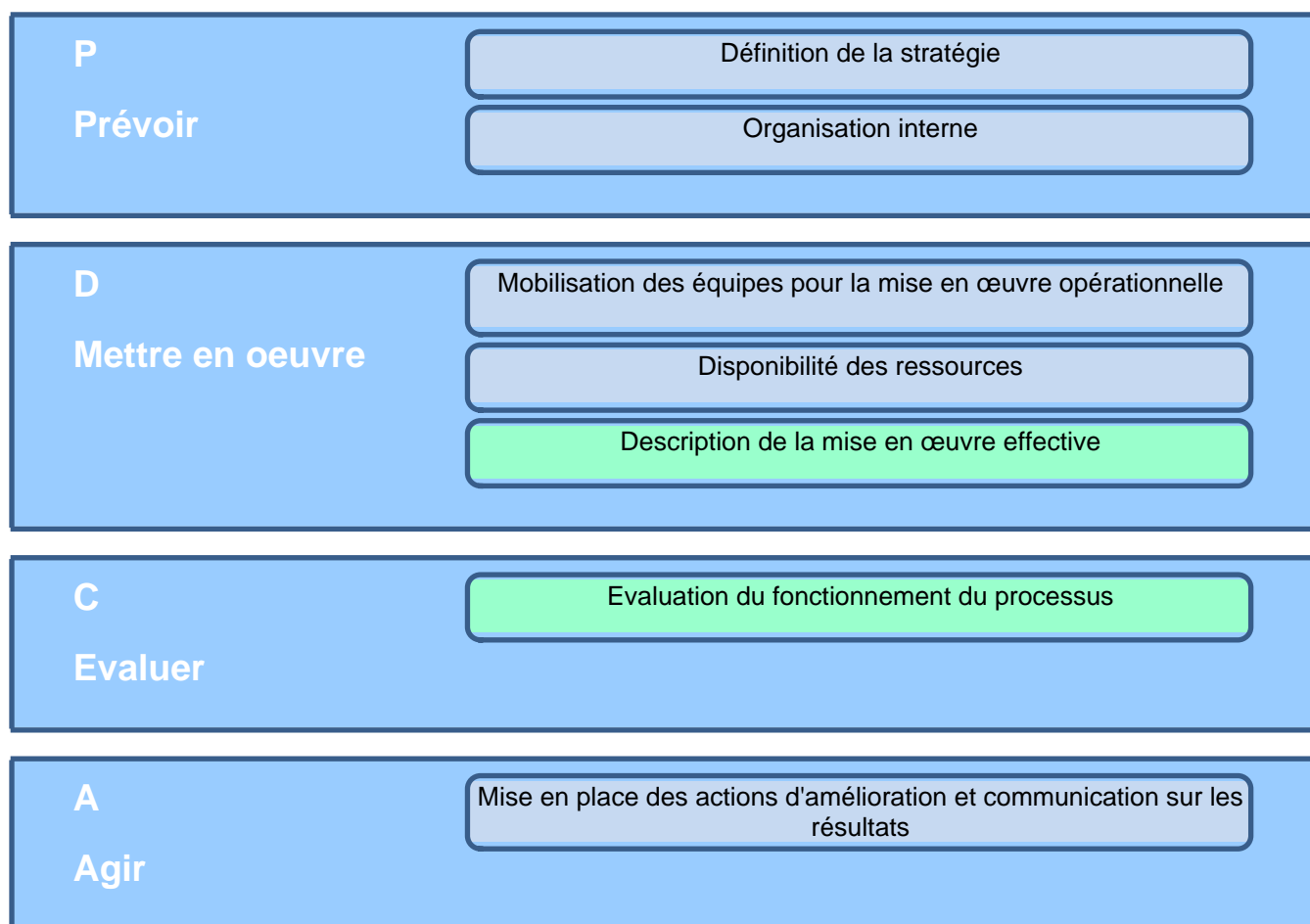
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie s'inspire d'une culture ancrée dans le "prendre soin" et des valeurs pérennes promues par le groupe HSTV en termes de confidentialité, disponibilité, solidarité, bientraitance, respect et dignité et collaboration. Elle s'articule de façon cohérente avec les projets de territoire, elle affirme des objectifs ambitieux alimentés par la coïncidence des projets médico-soignants et la rencontre avec les attentes des usagers.

Elle s'appuie sur le SROS, les besoins de la population compte-tenu de l'offre de soins locale, et se décline dans le CPOM et à partir d'une politique formalisée en cinq axes de développement : Améliorer et sécuriser le parcours de soins de l'amont à l'aval, Améliorer le parcours des personnes vulnérables, Sécuriser le parcours patient au sein des filières territoriales, Développer le dialogue de gestion économique, Renforcer l'implication du patient dans sa prise en charge, en cohérence avec la politique des droits des usagers et la promotion de la bientraitance portées par la CDU.

La démarche d'élaboration du projet d'établissement s'est concrétisée lors du séminaire rassemblant tous les groupes de travail associés au COPIL : GT Projet médical, GT Projet de soins, GT Projet social, GT Projet de gestion, GT Projet qualité, GT Projet des usagers. Le projet médico-soignant 2017/2021 s'attache à : Consolider et développer la place et le rôle de l'établissement dans les principales filières, dont la filière gériatrique et ses alternatives, Développer les alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour, HAD), Développer les relations avec la ville notamment pour l'activité programmée, Optimiser et sécuriser les organisations médicales et para-médicales afin de garantir la fluidité et la sécurité des parcours.

Le projet de soins s'articule également avec celui de la commission stratégique et opérationnelle de l'UHC (Union hospitalière de Cornouaille) et la CSIRMT du territoire dont les trois axes visent à la sécurisation du parcours, le développement et la mutualisation des compétences et le renforcement de la démarche QGDR avec un référent identifié. La description du parcours du patient a fait l'objet d'une démarche initiée dès 2015 par l'élaboration préalable de la cartographie générale du processus intégrant les filières et les parcours territoriaux, puis par la réalisation de la cartographie a priori des risques spécifiques à chaque secteur : médecine, ambulatoire, psychiatrie, SSR, SLD, HAD concomitamment à un travail sur les fonctions logistiques et la communication. Cette analyse s'est également enrichie de l'expérience des professionnels participant aux groupes de travail, des FSEI, des plaintes, des enquêtes de satisfaction, des résultats de la précédente visite de certification et des indicateurs QSS et internes à la structure. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les actions sélectionnées dans le compte qualité sont issues de la détection des risques : liés à l'étape des admissions et des secrétariats médicaux, lors des explorations fonctionnelles, liés au parcours en psychiatrie, liés au parcours en médecine, liés au séjour en USC. Les responsables des actions sont identifiés, ils disposent d'un échéancier et d'indicateurs de suivi de l'efficacité des mesures de réduction ; les résultats sont soumis à la CME, à la Commission de soins, à la CDU et au collectif des cadres soignants ainsi qu'aux instances territoriales dont la CSIRMT qui a mené depuis septembre 2015 plus de 50 réunions autour des thèmes inhérents aux parcours des patients en vue de l'harmonisation des pratiques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui repose sur le président de CME et la directrice des soins qui se réunissent à périodicité le plus souvent hebdomadaire. Ils sont accompagnés par des pilotes opérationnels (huit cadres) y compris dans les services médico-techniques et logistiques pour repérer d'éventuelles difficultés sur les interfaces. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels diffusées et mises à disposition des professionnels sur le logiciel Qualité et dans le classeur « service ».

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires. L'organisation interne assure l'adéquation des ressources aux besoins des prises en charge. La permanence est organisée y compris en HAD et aux urgences avec deux lignes de garde et priorité aux urgences médicales intra hospitalières ; les effectifs des personnels para médicaux sont suffisants pour ne pas avoir recours à du personnel intérimaire, il existe des procédures de recrutement et d'intégration des nouveaux salariés, de gestion des remplacements. Des tableaux de garde et d'astreinte médicale sont validés, des conventions avec le CHIC prévoient la mise à disposition de compétences de spécialistes non présents sur site (échange de praticiens, consultations délocalisées) et il y a des astreintes de filières. Ces tableaux sont en ligne. Les listes de garde sont également établies pour l'administrateur et le technicien. Le plan de formation est une priorité institutionnelle et répond aux attentes exprimées par les professionnels au cours des entretiens d'évaluation. L'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles, il participe à une commission d'achat et met en oeuvre un plan pluri annuel d'investissement permettant une modernisation progressive du parc technique et hôtelier.

Les maintenances préventives et curatives sont assurées, un ingénieur biomédical est à temps partagé sur plusieurs établissements. Les ressources documentaires nécessaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) sont disponibles. Les professionnels disposent d'une gestion documentaire informatisée progressivement alimentée au fur et à mesure de la mise à jour des différentes procédures. Un travail est en cours sur le déploiement d'un logiciel commun aux établissements partenaires. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, et il existe un DIM inter établissements. L'organisation tant locale que territoriale permet de maîtriser les fonctions supports soignantes, logistiques et techniques ; en termes de dialogue de gestion, il existe une logique territoriale sur le parcours pour l'hospitalisation conventionnelle ainsi que pour l'ambulatoire. De nombreuses conventions structurent le dispositif de coopération : laboratoire, radiologie, (et projet de développement de la télé-imagerie), filières : AVC, diabétologie, alcoologie, oncologie, gériatrie, douleur, soins palliatifs, urgences, psychiatrie, rééducation, SSIAD, EHPAD, foyer IMC, médecins libéraux qui sont reçus une fois par an et interviennent également dans la Maison médicale de garde avec laquelle sont définis les périmètres d'action et une complémentarité (urgences), pharmaciens d'officine, MAIA, etc. Ces partenariats sont validés par l'ARS. Les transports sont organisés et il existe en interne un service de brancardage.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les dispositifs de maîtrise sont connus et partagés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Le pilotage embarque l'ensemble des acteurs dans l'identification des risques et la mise en œuvre d'actions de réduction, pour exemple, 22 personnes au sein d'un groupe pluriprofessionnel et pluridisciplinaire réfléchissent sur l'organisation de la sortie. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes) et informent les professionnels de leurs résultats. Les unités de soins disposent d'un tableau de bord spécifique de suivi d'indicateurs de structure (absentéisme et causes), de processus (évaluation de la douleur, risques nutritionnels, consommation de SHA, personnes de confiance, prescription et mesures de contention, bracelet d'identification), et de résultats (DMS, taux d'occupation, nombre d'entrées en urgence). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou des indicateurs). Le dispositif de déclaration des EI est opérationnel, l'analyse bi-mensuelle réalisée par la CAREI est diffusée et tous les professionnels sont invités à participer aux CREX et RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La permanence des soins est assurée, le plus souvent en interne et il existe un pool de CDD positionnés sur des remplacements à temps plein ou partiel. Des praticiens spécialistes se déplacent le cas échéant (dermatologues, etc.). 4 kinésithérapeutes et un aide-kiné sont en poste sur l'établissement et un APA intervient une fois par semaine.

En USLD, des AS sont formées aux activités d'animation et des bénévoles contribuent à l'encadrement des patients lors de ces activités. Un doublement des effectifs en HAD permet de faire face à une croissance soutenue d'activité en association avec les professionnels libéraux dont les connaissances et compétences sont évaluées en vue d'éventuelles remises à niveau (par exemple la pose de PCA fait toujours l'objet d'une préparation commune). Les besoins en termes d'accompagnement et de formation des nouveaux arrivants sont évalués. Des formations thématiques (chute, suicide, fin de vie, etc.) sont prodiguées en interne par les groupes de travail. Trois référents sont en cours de formation sur les soins palliatifs et une EMSP peut à tout moment intervenir dans l'établissement. La formation aux gestes d'urgence est assurée y compris pour les personnels de nuit, et les effectifs formés sont suivis annuellement. L'éducation thérapeutique a concerné plus de 20 professionnels. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les chariots, sacs et matériel d'urgence sont partout disponibles et harmonisés.

Les matelas anti escarres sont disponibles, voire installés par anticipation, ainsi que les médicaments nécessaires à la prévention de la douleur induite par les soins (Oramorph, MEOPA). Du matériel est adapté pour l'ensemble des soins : lève-malades, chariots de douche, lits médicalisés, parc de fauteuils roulants en cours de renouvellement, et compense les problèmes d'infrastructure ; de même, des salons permettent l'accueil des familles et la transmission d'informations confidentielles. Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité : livrets pour les personnels (nouveaux arrivants, hygiène, identification, droits des patients), check-lists, flyers, procédures, protocoles, conduites à tenir, outils d'évaluation, plaquettes d'information, posters, affiches (risque suicidaire, risque de chute, etc.), et livrets d'accueil pour les patients, sont à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La permanence de l'encadrement stratégique et

de proximité, la concertation, les nombreuses actions de formation et la communication permettent la conjonction des compétences autour des patients, y compris l'ensemble des prises en charge particulières. La population des personnes âgées représentant une grande partie des patients hospitalisés, est plus spécialement étudiée au sein des groupes de travail Médecine, SLD, SSR (70% de neuro gériatrie) où le risque de chute a conduit à recruter un APA pour travailler sur le renforcement musculaire, l'objectif à terme étant d'organiser un atelier d'équilibre. La filière gériatrie et le recours à une Unité mobile complètent l'offre de soins. Pour les personnes démunies, il existe une PASS (permanence d'accès aux soins de santé), deux assistantes sociales interviennent sur l'établissement, et les personnels des admissions et des urgences sont sensibilisés à leur repérage ; il y a au sein du groupe une attention particulière portée à la précarité et à l'isolement social. Pour les personnes handicapées, l'accessibilité des locaux est favorisée, l'établissement a également mis en place des aides personnalisées ; un praticien s'est penché sur le problème des soins dentaires nécessitant un traitement au bloc opératoire et une convention est conclue avec l'Assurance maladie pour obtenir un financement complémentaire. Pour personnes dénutries : le suivi du poids et le dépistage des troubles nutritionnels font partie du tableau de bord suivi dans chaque unité ; les commandes de repas s'effectuent avec un logiciel dédié, les diététiciennes interviennent à la demande : repas adaptés, compléments alimentaires, etc. En psychiatrie l'articulation du volet somatique est assurée par l'appel aux ressources médicales internes dont toutes les interventions sont formalisées. Un ECG est systématiquement réalisé à l'entrée et un avis cardio demandé ; le recrutement d'un médecin est prévu. Inversement, le volet psychologique est pris en compte en médecine, SSR et long séjour : la problématique du risque suicidaire a été plus particulièrement traitée par un groupe de travail transversal (Médecine-psy-USLD-EHPAD) dont tous les membres sont formés à la prévention. Une affiche a été diffusée et expliquée dans tous les services. Une macrocible peut être ouverte dans le DPI et le recours à un géronto-psychiatre est possible. Les bâtiments sont partout sécurisés, l'ouverture des fenêtres est limitée. La prise en charge des urgences vitales est assurée et un numéro d'appel unique déclenche l'intervention du SMUR interne, des exercices fictifs pilotés par le groupe de travail sont réalisés dans les services depuis 2016, y compris à l'EHPAD. L'ETP est en place en endocrinologie et l'établissement dispose de la liste des programmes autorisés en Bretagne. Un projet de "patient expert" est porté par un cardiologue et ambitionne d'éduquer des patients qui rejoindront ensuite l'équipe d'ETP. Le développement de l'éducation thérapeutique intéresse aussi le secteur d'HAD, où la prise en charge est assurée dans des délais de 24 à 48h pour gérer des problématiques de soins palliatifs (1/3 des patients), de pansements complexes (1/3), de douleur chronique, de chimiothérapie, d'antibiothérapie. L'accueil est personnalisé, une IDE complète la macrocible d'entrée reprenant l'ensemble des éléments de connaissance du patient, l'évaluation des risques potentiels, et explique le livret d'accueil.

L'examen médical est réalisé dès l'entrée, comme le confirment les évaluations des patients traceurs. Les prises en charge s'appuient sur des projets de soins formalisés et évalués : restauration de l'autonomie en SSR, projet de vie en SLD, et reposent sur une communication pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire à périodicité hebdomadaire, voire quotidienne. En SSR, un "plan d'aide" est élaboré en concertation avec le médecin, le psychologue, le kiné, les soignants, l'assistante sociale, et revu en y associant la famille. En SLD où l'objectif est d'accompagner le résident jusqu'au bout, de nombreuses animations sont proposées (travaux manuels, activité physique, sorties, causeries inter générationnelles, etc.). Des groupes de parole sont animés par un psychologue. L'établissement travaille avec les associations, les réseaux, les bénévoles. Le recours aux ministres des cultes est assuré, et l'Aumônerie est omniprésente. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La continuité des soins est anticipée; les familles sont mobilisées en vue de la sortie et l'assistante sociale fait le lien avec les structures extérieures. Pour l'admission en SSR, un logiciel permet la communication entre les secteurs d'amont et d'aval pour une admission en moins d'une semaine. Une lettre de sortie également adressée au médecin traitant est remise aux patients. Cependant, la coordination permettant de réaliser le suivi de la prise en charge du patient en endoscopie ambulatoire et d'assurer le relais avec les professionnels extérieurs n'est pas effective. Il a été constaté que les comptes rendus d'anesthésie et d'endoscopie n'étaient pas remis au patient le jour de l'intervention. Cela ne favorise pas la coordination avec les professionnels extérieurs.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. L'ensemble des intervenants apporte ses commentaires dans le DPI ; la traçabilité de la douleur est retrouvée à l'entrée et réévaluée au quotidien, comme en témoigne le tableau de bord des unités comportant les indicateurs d'efficacité de la prise en charge. La réévaluation du projet de soins discuté avec le patient et avec sa famille est également tracée, ainsi que les refus de soins éventuels. Les réunions des groupes de pilotage font toutes l'objet de comptes-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le dispositif d'évaluation repose sur le recueil d'indicateurs à travers les IQSS (douleur, troubles nutritionnels, DEC, TRE, etc.) et les indicateurs locaux (DMS, taux de ré hospitalisation). Le dispositif d'évaluation repose également sur la réalisation d'enquêtes comme la satisfaction des patients, la pertinence de l'occupation des lits car notion de "patients bloqueurs". L'établissement réalise aussi des

audits sur la lettre de sortie, la surveillance alimentaire, la prise en charge des escarres, les procédures d'urgence et des audits ciblés sur par exemple les numéros d'urgence, la douleur, etc. Des EPP sont également réalisés en équipe pluri-professionnelle, dont des exercices patient traceur, ainsi que sur le suivi des différents tableaux de bord et bilans d'activité et du nombre de FEI. La satisfaction des professionnels extérieurs vis-à-vis du document de sortie a été évaluée, l'analyse est en cours. Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en place.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi du compte qualité est réalisé et le PAQSS est mis à jour. Les principales actions portent actuellement sur l'actualisation de la procédure "organisation de la sortie", (la réflexion a conduit à généraliser les sorties le matin), l'élaboration d'une procédure sur le circuit de restauration, la sensibilisation des professionnels de la SSPI à la traçabilité de la douleur. Un travail collectif est également engagé en concertation avec l'Assurance maladie pour fluidifier les parcours inter établissements à l'aide de procédures et d'outils de coordination, de conventions avec des sociétés de transport, le SAMU, etc. Le groupe "Ville-Hôpital" a recruté 18 professionnels libéraux, des membres de l'IFSI participent également au projet de soins du territoire. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels via les comptes-rendus des COPIL, les posters (décrivant les risques prioritaires sur les 6 parcours, les actions d'amélioration et les points clés du processus), les différentes réunions du collectif des cadres et les relais sur le terrain, les réunions d'équipes y compris avec les équipes de nuit avec un recentrage sur leur activité spécifique ; le message du mois s'affiche automatiquement sur la page d'accueil de l'intranet. Le retour d'expérience est assuré, des CREX sont pérennes dans tous les secteurs et les personnels para-médicaux sont associés aux RMM ; il existe un projet de CREX pour l'HAD et des CREX inter-établissements sont amorcées (une récente sur l'identito-vigilance). Les usagers sont également informés au cours des réunions auxquelles ils sont conviés (en interne et dans le cadre des coopérations) et les patients ont accès aux informations via les livrets d'accueil, affiches et flyers disponibles à plusieurs points d'accès, mais aussi le site internet, le journal local.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La coordination permettant de réaliser le suivi de la prise en charge du patient en endoscopie ambulatoire et d'assurer le relais avec les professionnels extérieurs n'est pas effective. Il a été constaté que les comptes rendus d'anesthésie et d'endoscopie n'étaient pas remis au patient le jour de l'intervention. Cela ne favorise pas la coordination avec les professionnels extérieurs	18a

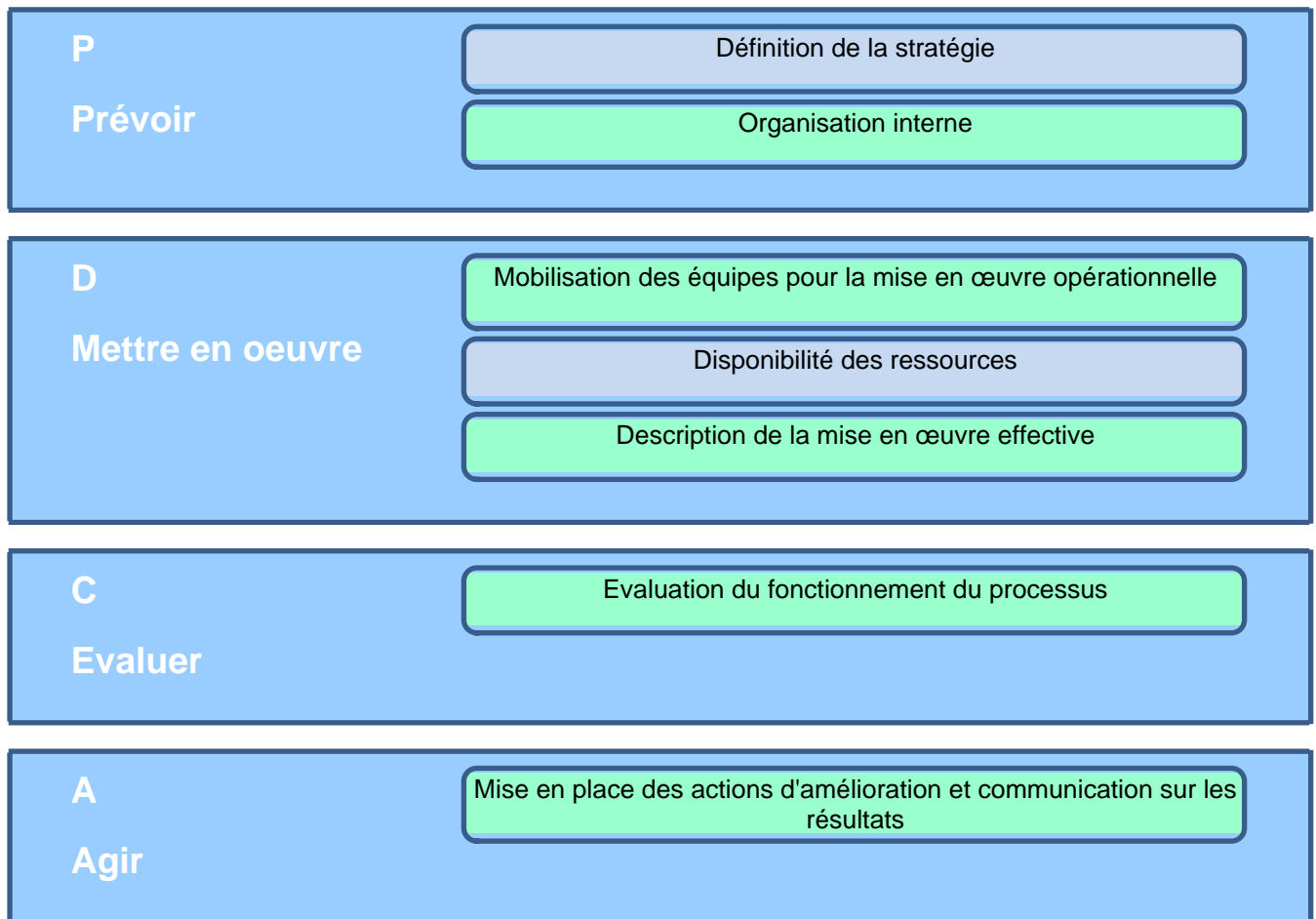
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier Hôtel-Dieu a engagé depuis 1997 un processus d'informatisation du dossier patient. Initialement réservé au volet médical, un dossier unique, se substituant aux dossiers de spécialités, a été mis en place en 2009 et complété par un support structuré autour de la démarche clinique. L'informatisation de l'ensemble est opérationnelle depuis 2012. La politique qualité vise au développement et à l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins par l'harmonisation des supports du dossiers patients (notamment le dossier papier résiduel), l'adaptation du guide d'utilisation et de gestion du dossier patient, l'optimisation de la qualité de la tenue du dossier et le respect de la confidentialité. Une cartographie et une hiérarchisation des risques ont été réalisées et ceux-ci ont été intégrés dans le programme d'actions qualité après avoir été validés par les différentes instances ou acteurs concernés (CODIR, DIM, COPIL du dossier informatique). Par ailleurs, un des axes de la coopération territoriale, au sein de l'Union hospitalière de Cornouaille, recouvre un projet de dossier patient informatisé commun dont le cahier des charges, dans le cadre d'un dialogue compétitif, est en cours de formalisation et se substituera à terme au dossier actuel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par une équipe (médecin, cadre, infirmier, responsable informatique) chargée de mettre à disposition l'ensemble des documents opérationnels de mise en œuvre du dossier informatisé et du dossier résiduel papier en lien avec la directrice des soins.

A ce titre, le guide d'utilisation et de gestion du dossier patient et résident (procédure de constitution, d'utilisation du dossier, périmètre de responsabilité des intervenants, règles de confidentialité et de tenue du dossier, modalités de transmission et d'archivage, etc.), la procédure du droit d'accès au dossier médical, ainsi que la charte informatique ont été actualisés et sont accessibles par chaque personnel, en fonction de son profil, sur le logiciel de gestion documentaire. Les coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir apparaissent dans la même fenêtre mais restent distinctes (la personne de confiance apparaît en gras contrairement à la personne à prévenir).

En matière de formation, outre un plan initial destiné à l'ensemble des professionnels concernés, une organisation en routine a été mise en place avec une séance assurée par le personnel médical du groupe de pilotage lors de la journée d'accueil des internes et des médecins. En ce qui concerne les personnels paramédicaux, la formation est assurée par des référents infirmier-expert tenant compte de la spécificité des métiers. Le service informatique est à disposition des équipes lors des déploiements informatiques sur le terrain. En ce qui concerne l'accès du dossier par les patients, le délai n'est pas conforme aux dispositions réglementaires. L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas l'accès du patient à son dossier dans les délais définis par la réglementation et n'a pas fait l'objet d'action d'amélioration suite aux scores recueillis en 2015 et 2016. Il existe toutefois une mesure dégradée en cas d'absence du médecin référent en faisant appel au DIM. Une procédure prévoit une meilleure gestion des délais avec un suivi plus régulier de la part de l'assistante de direction.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services de soins reprennent à leur compte les risques identifiés et hiérarchisés dans le plan d'actions qualité, affichés ou intégrés au document d'information du service. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues, notamment la confidentialité ainsi que la tenue du dossier papier résiduel. Ils sensibilisent le personnel lors des réunions de service et un point est fait régulièrement lors de la réunion hebdomadaire du collectif des cadres animée par la coordinatrice des soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences disponibles, les effectifs et la formation répondent aux besoins et les professionnels sont formés à l'utilisation du dossier patient informatisé et du dossier papier résiduel. L'accompagnement par les référents des services et la cellule dédiée est organisé et formalisé. Une nouvelle version du logiciel en cours de déploiement résoudra prochainement les risques identifiés dans le compte qualité notamment la sécurité de la validation des prescriptions et des actes, l'horodatage des résultats de biologie. Les locaux d'archives permettent le stockage de tous les dossiers en file active. Une procédure permettant l'accessibilité aux dossiers 24/24 est formalisée et l'ensemble des personnels concernés notamment ceux des admissions, des consultations et des archives sont formés à l'identitovigilance. Les équipements informatiques et les chariots sont adaptés et la documentation

regroupant les procédures et les protocoles actualisés et validés sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. L'ensemble des services cliniques est équipé pour assurer, dans des conditions satisfaisantes, la production de l'information administrative, médicale et paramédicale, sa traçabilité et son accessibilité en temps utile par les personnes habilitées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des informations et des règles relatives à l'utilisation du dossier patient (informatisé et papier) est connu des professionnels. Ils formalisent tous les actes, observations, diagnostics, prescriptions, plan de soins, transmissions ciblées et compte-rendu et en assurent la traçabilité en temps réel. Comme le confirme l'investigation auprès des patients traceurs, les prescriptions d'examen sont tracées et communiquées, les résultats sont retrouvés dans le dossier du patient ; l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient en SSR polyvalente, trace ses observations dans le dossier (Kiné, diététicienne, assistante sociale, etc.). L'accessibilité du dossier informatique par l'ensemble des acteurs habilités est effective de façon sécurisée et en fonction des différents profils établis. La communication avec les correspondants peut se faire par messagerie cryptée notamment le compte rendu de sortie. Compte tenu de l'absence d'un dossier patient informatique territorial commun, un dossier papier spécifique est utilisé pour les patients chirurgicaux suivis en consultation par l'établissement et opérés au CHI de Cornouaille. Cette copie du dossier informatique est envoyée la veille de l'intervention sous pli fermé dans le service concerné. En ce qui concerne les protocoles de chimiothérapie dispensée en ambulatoire sur le site, une procédure entre le pharmacien de PUI du CHI de Cornouaille, le prescripteur, le médecin du service des urgences et le soignant de l'hôpital de jour de l'hôtel Dieu de Pont-l'Abbé est formalisée. Le personnel connaît la procédure d'accès du patient à son dossier et les patients sont informés des modalités par l'intermédiaire du livret d'accueil.

Cependant, tous les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient ne sont pas intégrés au DPI. Les synthèses hebdomadaires concernant le projet du patient ne sont pas intégrées au dossier patient en HAD (papier ou informatisé). L'équipe les regroupe dans un classeur commun situé dans le secrétariat du service mais elle a toutefois la possibilité de numériser ces documents pour les intégrer au dossier patient informatisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi des indicateurs QSS liés au dossier du patient. Des tableaux de bord mensuels par unité de soins suivent divers indicateurs, notamment l'évaluation et la réévaluation de la douleur, la traçabilité de la personne de confiance ainsi que la pose du bracelet d'identification. Un suivi des événements indésirables relatifs à l'utilisation du dossier patient informatisé est réalisé. Un audit sur la lettre de liaison en lien avec le score de l'indicateur QSS et une EPP patient traceur ont été réalisés. L'évaluation interne de l'utilisation de la lettre de liaison de sortie par les praticiens de l'établissement montre une évolution positive de la connaissance de ce document par les praticiens qui déclarent le remettre dans une proportion significative.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration spécifiques sont mises en œuvre en lien avec les indicateurs de suivi et les risques identifiés et hiérarchisés. Une démarche de sensibilisation auprès des anesthésistes visant à favoriser l'informatisation de leurs prescriptions a été engagée. Une action de même type concerne l'amélioration du délai d'envoi de la lettre de liaison lors de la sortie des patients. Une uniformisation des pratiques médicales notamment l'exhaustivité de la macro cible d'accueil du patient est en cours. La sensibilisation à la confidentialité des données et le recensement des documents non informatisés sont poursuivis. L'ensemble de ces informations est présenté en instances et fait l'objet d'un affichage dans les services.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas l'accès du patient à son dossier dans les délais définis par la réglementation L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas l'accès du patient à son dossier dans les délais définis par la réglementation et n'a pas fait l'objet d'action d'amélioration suite aux scores recueillis en 2015 et 2016.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Tous les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient ne sont pas intégrés au DPI. Les synthèses hebdomadaires concernant le projet du patient ne sont pas intégrées au dossier patient en HAD (papier ou informatisé). L'équipe les regroupe dans un classeur commun situé dans le secrétariat du service.	14a

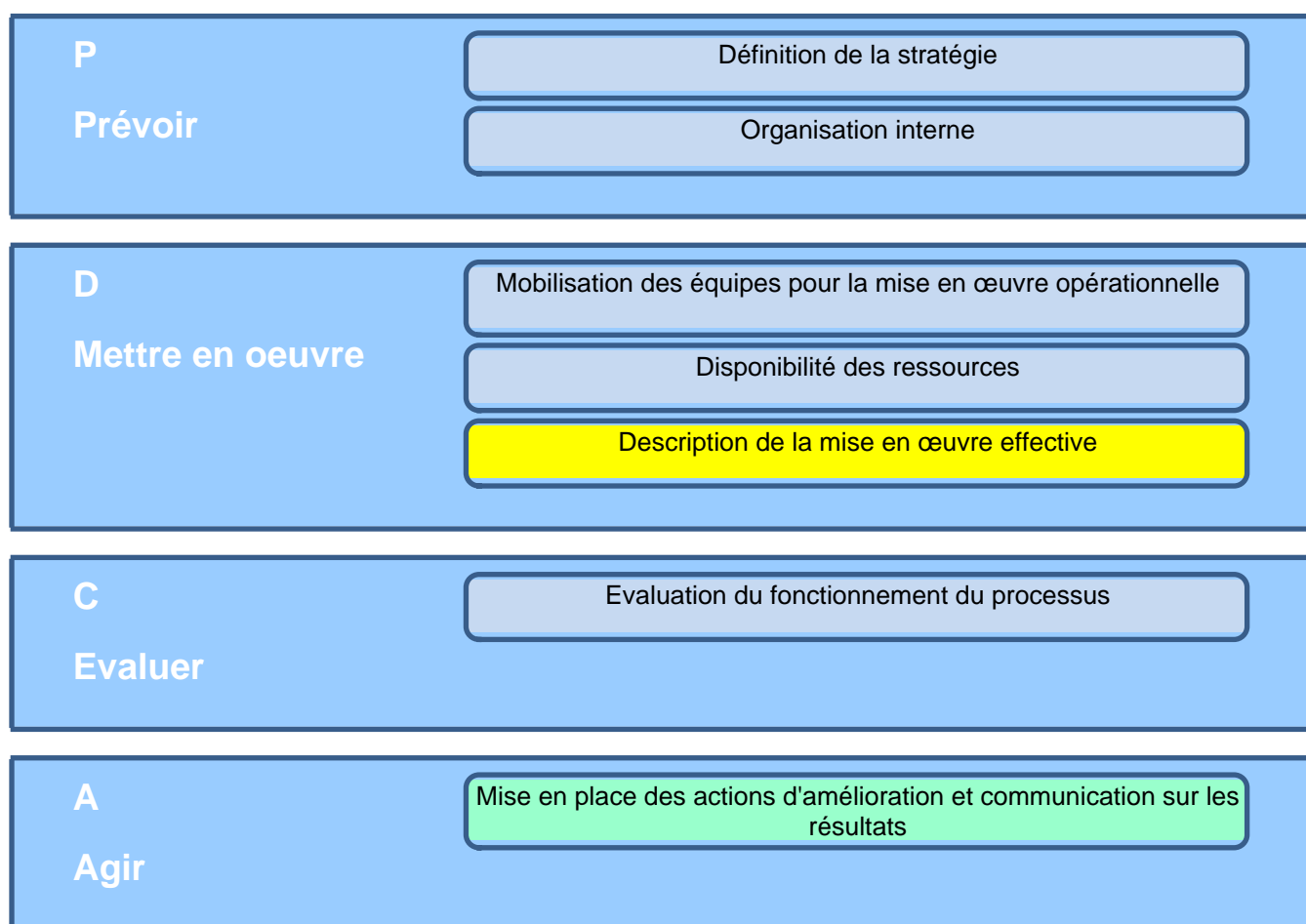
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie est inscrite dans la continuité de la politique qualité/gestion des risques de l'établissement, en cohérence avec les besoins de la structure, du groupe auquel elle appartient (Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve : HSTV) et les attentes plus spécifiques du territoire dans lequel elle s'inscrit (coopération dans l'Union Hospitalière de Cornouaille), tout en prenant en compte les orientations du projet national pour la sécurité des soins. Des conventions sont établies et validées par l'ARS, notamment avec Quimper en ce qui concerne les traitements de chimiothérapie (délocalisation de la PUI et de l'URC), avec l'OMIT (Observatoire du médicament et innovations thérapeutiques), etc. Des projets sont également partagés dans cette configuration : robotisation de la PUI territoriale permettant la mise en place de la dispensation nominative, DPI commun par le déploiement d'un logiciel prévoyant également la gestion des stocks attendu en 2018. L'établissement appartient à un groupement d'achats. La mise en oeuvre de la stratégie s'appuie sur l'informatisation de l'ensemble des lits y compris l'HAD, sur la détection des patients à risque et plus spécialement des personnes âgées et sur l'identification des médicaments à risque. Les objectifs sont élaborés en concertation à partir des engagements du CBUM et du suivi des indicateurs associés incluant les IQSS, du référentiel de la HAS et des recommandations émises lors de la visite précédente, des orientations de l'ARS, et dans le respect de l'arrêté du 6 avril 2011. Une cartographie du processus a été élaborée de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire par le Groupe Sécurisation du circuit du médicament et le personnel de la pharmacie, et complétée par l'analyse a posteriori des événements indésirables liés au circuit du médicament. Parmi les dix huit objectifs déclinés dans le PAQSS, six situations prévalentes ont été retenues et priorisées dans le Compte qualité. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La cartographie et le choix des axes de travail ont été validés par le COPIL QGDR et la CME. Les responsables sont nommés, le calendrier du plan d'actions, pondéré à l'aide de la grille de criticité proposée par la HAS, prévoit des échéances à court terme -à l'exception du projet de dispensation nominative-, des objectifs explicites en matière de sécurisation du dispositif, des modalités de suivi quantitatives via des indicateurs et qualitatives via des évaluations, et l'exploitation des incidents via les CREX et les RMM .

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est bicéphale : institutionnel et territorial (PUI au sein du GCS, CME et COMEDIMS territoriales), et opérationnel sous l'impulsion du binôme Responsable du système de management de la qualité (pharmacienne et RAQ), d'un médecin responsable du groupe DPA, du groupe "sécurisation du circuit du médicament" et ses ramifications au sein des services : personnel de la PUI, praticiens, chefs de services, correspondants IDE. La coordination est assurée lors des réunions d'instances, des staffs et des CREX.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, tant pour les personnels de la pharmacie que les différents pilotes et la RSMQPECM. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines : les effectifs sont en nombre suffisant pour assurer la mission sur le site de pont-L'Abbé, la permanence pharmaceutique est assurée 24/24 ; le cas échéant, la mutualisation des compétences peut-être mise en oeuvre dans le cadre de l'organisation administrative avec la PUI de Quimper.

Les préparateurs ont des services dédiés. Le plan de formation s'attache à la prévention des erreurs médicamenteuses, à l'éducation thérapeutique et à la conciliation. Les ressources matérielles sont disponibles. Les locaux de la pharmacie sont sécurisés par une alarme anti intrusion et son accès est réservé aux seules personnes autorisées ; une dotation pour besoins urgents est positionnée à l'USC (Unité de soins continus). Les matériels de transport (boîtes scellées) et de stockage (armoires sécurisées, réfrigérateurs dédiés) sont harmonisés dans tous les secteurs. L'établissement fournit les ressources documentaires nécessaires : le Manuel qualité est rédigé, le livret thérapeutique est harmonisé avec celui de Quimper, les procédures, protocoles, modes opératoires, outils d'aide à la prescription et à l'administration ... nécessaires sont accessibles dans le dispositif de gestion documentaire informatisé et dans des classeurs identifiés et mis à jour par la RAQ. Les supports de prescription informatisés sont à disposition de tous les prescripteurs. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Certaines ressources sont mutualisées dans le cadre de l'organisation territoriale, les transports sont organisés en interne et entre les sites pour la dispensation des chimiothérapies qu'une navette assure 4 jours par semaine, cette organisation est formalisée. Une organisation similaire est en place pour les produits sanguins. Les résultats d'analyse sont disponibles en ligne.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et chaque service est concerné par les engagements en matière de sécurité du processus. La culture qualité irrigue l'ensemble des secteurs par l'intermédiaire de l'encadrement très présent sur le terrain, les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Suite aux évaluations, les méthodes de travail sont révisées, et les professionnels sont également concrètement impliqués dans la réflexion sur leurs pratiques à l'occasion de la réalisation de films, l'écriture de nouvelles procédures. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs...). Les erreurs médicamenteuses sont déclarées (depuis l'informatisation, près de 60 fiches ont été recensées), suivies en CAREI et discutées avec les professionnels concernés qui sont invités aux CREX. Elles peuvent également être à l'origine d'audits ciblés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La formation à la prévention des erreurs médicamenteuse est assurée sous plusieurs formes : diaporamas, films, information par la pharmacienne (règle des 5 B, never events, médicaments à risque), mises en situation (analyse de scénarii), éducation thérapeutique (à ce jour, une vingtaine de personnes formées). La semaine de sécurité des patients avec la mise en place de la chambre des erreurs constitue une autre occasion de formation. Les nouveaux prescripteurs et nouveaux personnels sont formés dans la semaine suivant leur arrivée au bon usage des antibiotiques et à la maîtrise du développement des résistances bactériennes. La reconstitution des chimiothérapies est externalisée à Quimper, les transports sont effectués dans des containers sécurisés, scellés, identifiés et disposant d'un contrôle thermique vérifié sur clé. Les IDE sur site sont formées à la manipulation des cytotoxiques (réseau, laboratoires), et disposent des outils nécessaires (kits, procédures, etc.). Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les armoires des services sont toutes identiques, sécurisées et les réfrigérateurs dotés d'enregistreurs de température. Les chariots de distribution sont équipés d'ordinateurs et sont dotés de fermetures à code. Les chariots d'urgence sont harmonisés. Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le livret thérapeutique est actualisé annuellement, les services disposent d'un outil exhaustif détaillant à la fois les principaux effets secondaires et toutes les modalités pratiques d'administration et de surveillance des traitements ; la règle des 5B est partout affichée ainsi que des tableaux d'identification des médicaments et leurs dénominations, et les précautions d'utilisation des fluides médicaux. Des documents d'information sont remis aux patients : le livret d'accueil les renseigne sur la politique du traitement personnel, des formulaires sont élaborés pour les anticoagulants, et il existe des fiches pour la rétrocession de certains médicaments (insuffisance cardiaque, chimios per os, etc.) issues d'un travail territorial et en collaboration avec les médecins de ville. Un focus est également proposé lors de la semaine de sécurité par l'utilisation d'un document pédagogique sous forme de jeu de l'oie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'analyse pharmaceutique est assurée pour l'ensemble des prescriptions, y compris les traitements personnels, des avis pharmaceutiques sont régulièrement transmis aux prescripteurs et aux IDE via la boîte de dialogue informatique. Le support informatisé unique permet la visibilité sur l'ensemble des prescriptions. Cependant, le support institutionnel de prescription informatisée n'est pas utilisé par l'ensemble des praticiens. Les prémédications pré anesthésiques ne sont pas prescrites sur l'outil informatique de l'établissement. Au cours de la visite de terrain, dans le service d'ambulatoire, les prescriptions de prémédications pré anesthésiques des patients pris en charge en endoscopie et en anesthésie ambulatoire sont notées de façon manuscrite sur le dossier papier d'anesthésie. De plus la prise en charge du traitement habituel gérée en consultation pré anesthésique n'est pas tracée dans le dossier du patient. De plus, la validation de l'administration n'est pas toujours tracée dans le dossier. En hospitalisation de jour, pour une chimiothérapie, l'expert visiteur a constaté que la validation de l'administration de la chimiothérapie (prescription anticipée par un oncologue non présent sur le site) était systématiquement réalisée oralement (le dossier pharmaceutique spécifique pour la chimiothérapie ne permet pas de tracer la validation avant administration). Cette validation est faite par un médecin urgentiste non formé en oncologie, en lien avec l'équipe d'oncologie à distance de l'établissement. De plus il n'y a pas d'oncologue sur le site, ils sont disponibles par téléphone au niveau de l'hôpital de référence.

Dans le cadre du Projet d'établissement, un projet issu d'un groupe de travail multidisciplinaire prévoit le déploiement de la pharmacie clinique par la mise en oeuvre de la conciliation ; l'objectif est de gérer les traitement de quatre patients par semaine d'ici à la fin du mois de juin, en associant les médecins de ville

et les pharmaciens concomitamment avec l'HAD. Des actions liminaires ont été menées en SLD ou l'ensemble des prescriptions a été révisé pour parvenir à un sevrage progressif des neuroleptiques et des antidépresseurs, le choix de formes orales plus faciles à contrôler et une administration plus tardive des somnifères pour mieux répondre au rythme des résidents. La dotation est globale et personnalisée aux besoins du service et à la typologie des patients (par exemple en HDJ) et revue annuellement ; les stocks sont gérés par un préparateur dédié et les infirmiers de nuit sont responsables de la préparation des piluliers, la double vérification étant assurée au moment de la distribution par les IDE en journée. Tous les médicaments sont identifiables jusqu'au moment de la prise et les reliquats des comprimés sécables sont systématiquement jetés.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, est assurée. La procédure du traitement personnel est établie de longue date, connue et appliquée. Les traitements personnels sont prescrits et les médicaments apportés par le patient séquestrés jusqu'à sa sortie. A la PUI comme dans les unités de soins, les médicaments sont identifiés en DCI, rangés par voie d'abord et les formes orales et injectables sont différenciées. Les médicaments à risque sont stockés à part et repérés par une étiquette rouge. Les stupéfiants sont doublement sécurisés. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La traçabilité des contrôles est réalisée à périodicité définie : température et entretien des réfrigérateurs, vérification des chariots d'urgence, nettoyage des conteneurs de transport, etc. L'établissement a réfléchi sur l'information à donner au patient : elle est réalisée le plus souvent de façon informelle mais répétée (médecins, soignants), elle concerne très souvent la prise en charge de la douleur ; elle est structurée pour les patients diabétiques, le formulaire pour les anticoagulants est expliqué et la remise tracée ainsi que celle des flyers remis lors des rétrocessions. L'identification du patient est réalisée avant toute administration via le bracelet ou par des questions ouvertes, la traçabilité de l'administration est assurée au moment de la prise sur le DPI à l'exception du long séjour où l'administration a le plus souvent lieu en salle à manger : les IDE utilisent une version papier du plan de soin et reportent ensuite sur le DPI ; le logiciel n'autorise pas de validation anticipée, la validation a posteriori est valable pendant une durée limitée et l'administration apparaît à l'heure réelle de l'enregistrement.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'organisation mise en oeuvre pour le transport des chimiothérapies et des produits sanguins est efficace.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : les indicateurs QSS et les indicateurs du CBUM alimentent les tableaux de bord, bilans d'activité, EPP, ainsi que le contenu des EI liés au circuit du médicament dont la déclaration augmente de manière significative depuis l'informatisation et les actions de sensibilisation. Des audits peuvent être menés sur cette base : par exemple composition des piluliers par rapport à la prescription, administration des médicaments, etc. en complément des audits annuels : stockage dans les unités de soins, prescription chez le sujet âgé et l'enquête de prévalence sur la qualité de la prescription des antibiotiques. Une évaluation complémentaire du circuit du médicament est prévue à l'été 2017 avec l'outil Interdiag déjà utilisé en 2013 et 2015, ainsi qu'un audit relatif à la problématique de l'interruption de tâches. Les résultats analysés donnent lieu à des actions d'amélioration et à des pistes de réflexion pour fiabiliser le process.

A / AGIR

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

Suite aux analyses et aux CREX, des modes opératoires ont été revus : préparation des piluliers en USLD, réévaluation des dotations, étiquetage des perfusions, distinction physique entre les insulines lentes et rapides et production d'un tableau d'équivalence, suppression des multi dosages (morphine, comprimés). Les écarts constatés sur la traçabilité de la chimiothérapie et de la prescription des anesthésistes sont liés à la variabilité des supports entre les établissements et une réflexion est formellement engagée sur la mise en place du DPI commun. Les actions d'amélioration et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis : comptes-rendus des réunions, information dans le cadre de la semaine de sécurité des patients, diaporamas, réalisation de films ("Si on mettait en scène nos erreurs"), présentation de posters, publication d'articles, etc. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels (réunions d'équipe, "message du mois") et des usagers. Des staffs mensuels sont organisés à destination des prescripteurs. Les bilans d'activité sont suivis par les instances. Les travaux entrepris à l'échelle territoriale impliquent à la fois les acteurs de la structure et ceux des établissements partenaires (COMEDIMS territoriale sur le bon usage des médicaments et des DM, démarche qualité mutualisée avec l'OMEDIT Bretagne), de nombreuses perspectives restent à concrétiser

et/ou à pérenniser : robotisation, travail avec les médecins de ville, etc.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La validation de l'administration n'est pas toujours tracée dans le dossier.</p> <p>En hospitalisation de jour, pour une chimiothérapie, l'expert visiteur a constaté que la validation de l'administration de la chimiothérapie (prescription anticipée par un oncologue non présent sur le site) était réalisée oralement (le dossier pharmaceutique spécifique pour la chimiothérapie ne permet pas de tracer la validation avant administration). Cette validation est faite par un médecin urgentiste non formé en oncologie, en lien avec l'équipe d'oncologie à distance de l'établissement. De plus il n'y a pas d'oncologue sur le site, ils sont disponibles par téléphone au niveau de l'hôpital de référence.</p>	20a bis
	NC	<p>Le support institutionnel de prescription informatisée n'est pas utilisé par l'ensemble des praticiens.</p> <p>Les prémédications pré anesthésiques ne sont pas prescrites sur l'outil informatique de l'établissement. Au cours de la visite de terrain, dans le service d'ambulatoire, les prescriptions de prémédications pré anesthésiques des patients pris en charge en endoscopie et en anesthésie ambulatoire sont notées de façon manuscrite sur le dossier papier d'anesthésie. De plus la prise en charge du traitement habituel gérée en consultation pré anesthésique n'est pas tracée dans le dossier du patient.</p>	20a bis

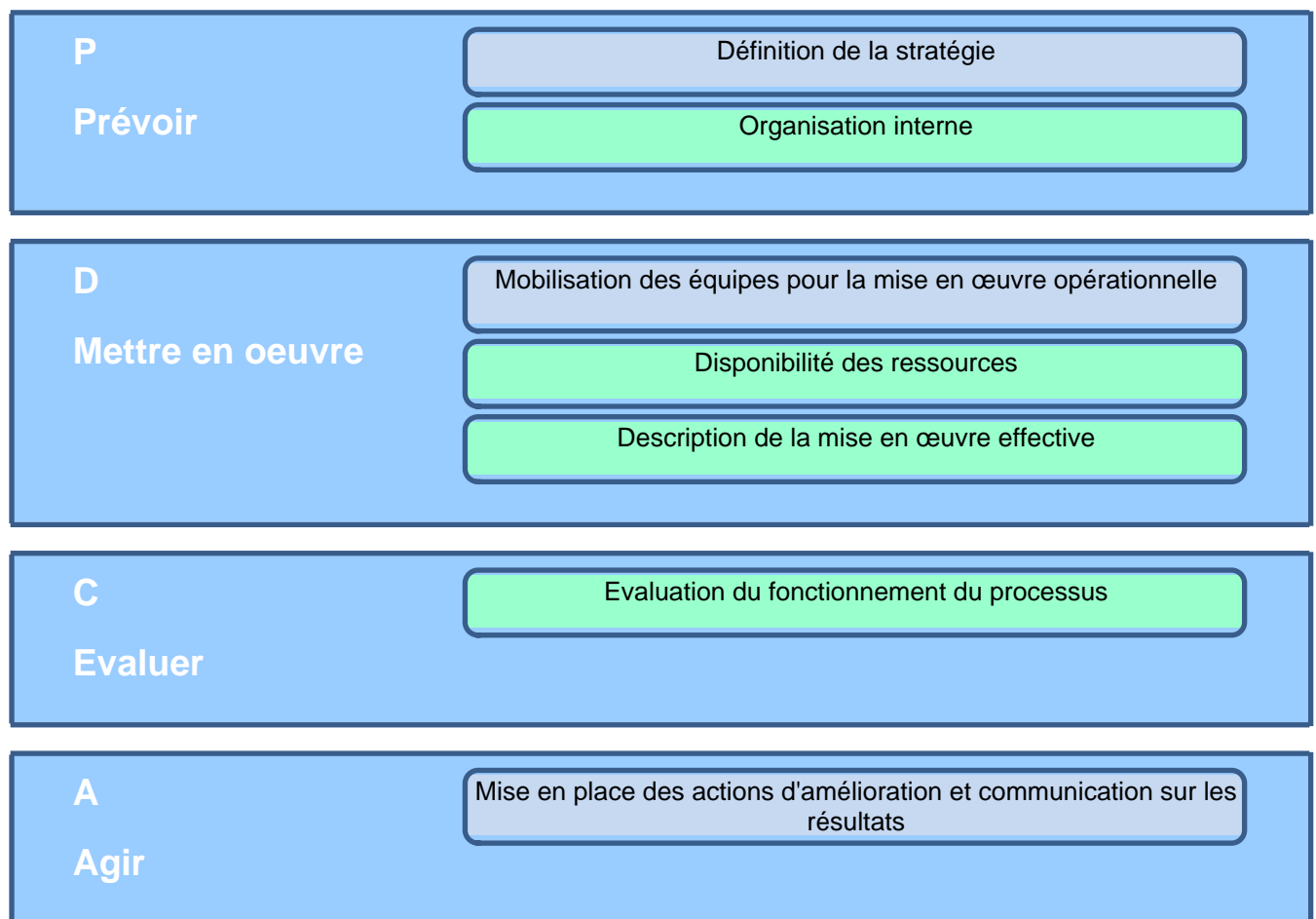
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés pour toutes les étapes de la prise en charge aux urgences. L'établissement a une autorisation d'activité de médecine d'urgence jusqu'en Mars 2018. Le service des urgences est ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, avec une équipe de SMUR régulée par le SAMU 29. Pour la prise en charge des urgences psychiatriques, il existe une coopération avec l'EPSM de Quimper, et une filière d'urgences chirurgicales en lien avec le Centre Hospitalier de Cornouaille, tenant compte de la présence de chirurgiens au sein de l'établissement uniquement aux heures ouvrables et dans le secteur de consultations, l'activité opératoire étant à Quimper. Une analyse des risques intégrant les membres du service des urgences a été réalisée en tenant compte du processus dans son ensemble (méthode d'analyse par processus en lien avec l'équipe qualité), des déclarations d'incidents et de leur analyse, et de l'aide du document proposé par le réseau Bretagne urgence. Les risques ont été hiérarchisés pour l'ensemble de l'établissement par une méthode validée et définie. Les professionnels concernés par le processus des urgences ont participé à l'identification des risques et à leur hiérarchisation, au cours de réunions quotidiennes durant plusieurs semaines, permettant ainsi la participation de la totalité des équipes du secteur des urgences. Les risques ainsi identifiés ont été intégrés au compte qualité et au PAQSS de l'établissement. Il existe une politique de prise en charge des urgences et soins non programmés, intégrée au nouveau projet d'établissement, tenant compte de la politique régionale et territoriale, avec notamment l'absence d'activité chirurgicale opératoire au sein de l'établissement depuis 2014. Le projet du service des urgences fixe des axes d'amélioration spécifiques et mesurables avec notamment l'amélioration du lien ville-hôpital, le développement des entrées directes et la création de filières spécialisées. L'établissement a spécifiquement identifié la rupture de confidentialité comme risque dans son compte qualité avec des actions d'amélioration qui en découlent. Le programme d'actions d'amélioration précise les modalités de suivi, les responsabilités et la priorisation. Les actions sont intégrées au PAQSS de l'établissement. Ce programme a été validé par les instances de direction, la CME, et présenté à la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Une CANP (Commission des Admissions Non Programmées) a été mise en place dont les rôles et missions sont précisés dans une lettre de mission adressée aux responsables désignés qui sont les pilotes du processus, et aux membres de la commission. Cependant, le règlement intérieur du secteur des urgences n'est pas validé par les instances concernées. Le règlement intérieur est défini dans un document de travail (version 1, daté du 7/04/2017), qui n'est pas encore présenté aux instances concernées et validé par celles-ci.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources humaines en effectif et compétence sont identifiées en fonction des besoins. Il existe un plan de formation médicale et paramédicale établi pour 2017 en cohérence avec les objectifs du service des urgences. La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients dans le cadre de la prise en charge des urgences est organisée et tient compte des effectifs encore à former. Les différents processus identifiés aux urgences ont été formalisés sous forme de procédures (description de la prise en charge des patients, de son entrée aux urgences, à sa sortie ; procédure en cas d'afflux massif, plan blanc...). Le personnel du service des urgences participe à l'élaboration des procédures et à leur mise à jour, dans le cadre de la gestion documentaire du secteur. Des documents d'information pour les patients sont disponibles en plusieurs langues, pour l'accueil aux urgences, la prise en charge et également pour le retour à domicile (consignes de surveillance et conduite à tenir en cas de complication). Les besoins matériels sont identifiés, avec un dispositif effectif d'entretien et d'approvisionnement. L'établissement a défini le circuit des patients aux urgences en tenant compte de l'architecture du service et des différents types d'entrées possibles. Il a été ainsi défini 3 circuits patients afin d'optimiser la prise en charge et également garantir au mieux la confidentialité et l'intimité des patients. Les besoins en système d'information sont identifiés et le matériel disponible est en adéquation, permettant à ce que l'ensemble des données concernant le patient pris en charge aux urgences soit transmis au service d'aval. Une organisation permet de connaître en temps réel l'état des lits, à l'aide d'un logiciel accessible à l'ensemble du personnel des urgences et également par une vérification bi hebdomadaire par le service de gestion des entrées. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles pour les urgences.

Ainsi le service des urgences a mis en place un livret d'accueil commun avec le service de radiologie qui est le service voisin ; il existe une biologie délocalisée au sein des urgences dont les résultats sont intégrés dans le dossier patient informatisé ; un groupe de gestion des lits a été mis en place, composé des cadres des secteurs d'hospitalisation et la Directrice des soins infirmiers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du service des urgences est composé du cadre du service et d'un médecin urgentiste (président de la CME) qui sont également les pilotes du processus. Il communique sur la politique qualité et le programme d'actions auprès de l'équipe des urgences. Ils sont les garants de la conformité des bonnes pratiques et du respect de la mise en place des actions d'amélioration pour lesquelles les soignants se sont impliqués. L'équipe connaît les objectifs d'amélioration et participe à l'élaboration des procédures, au système de déclaration des événements indésirables via l'outil informatique institutionnel, et à leur analyse au cours de CREX en commun avec les services de médecine. Le suivi des actions et le résultat des analyses ainsi que l'évolution des projets du secteur et de l'établissement sont accessibles aux équipes via des réunions de service ; il existe également un classeur de service disponible en salle de repos qui contient toutes ces informations. De plus, il y a « Le message du mois » centré sur la qualité et la sécurité des soins, qui se focalise sur un point majeur à communiquer auprès de tous les acteurs de soins du secteur des urgences.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs aux urgences sont disponibles dans le secteur. Un infirmier assure la fonction d'accueil et d'orientation de la prise en charge des patients ; les infirmiers sont formés pour la plupart à cette fonction, d'autres seront formés dans le cadre du plan de formation 2017. La continuité de la prise en charge est assurée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il y a 2 médecins urgentistes en permanence, dont un des 2 assure les sorties SMUR ; de plus, en cas d'augmentation d'activité, notamment en été, un renfort infirmier supplémentaire a été prévu. Il existe une organisation d'accueil et de formation des nouveaux arrivants médicaux et paramédicaux. Les procédures sont disponibles soit sur papier soit en version informatique via l'outil de gestion documentaire de l'établissement. Les modalités d'accueil aux urgences sont adaptées en fonction de l'architecture du bâtiment, avec une entrée commune avec le service de radiologie. L'accueil des patients est organisé en fonction du type d'urgence et de l'état du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux du secteur des urgences sont respectés. La mise en place des circuits des patients (tenant compte du type d'urgence et du profil du patient), du matériel, et du linge, est effective. Les conditions d'accueil sont conformes aux dispositions prévues par l'établissement permettant de répondre à une prise en charge adaptée et en respectant les droits du patient pour lesquels les soignants ont été sensibilisés. La gestion des événements indésirables est effective, les soignants rencontrés aux urgences connaissent le système de déclaration et les actions d'amélioration mise en place après analyse, et participent à différents CREX (secteur médecine, médicament). L'établissement a développé des prises en charges de patients par des filières directes, notamment en gériatrie et cardiologie. La disponibilité des lits est analysées en direct via le logiciel ad hoc, qui est accessible par l'équipe des urgences. Les soignants du secteur des urgences sont sensibles au respect des règles de confidentialité des patients notamment au moment de l'enregistrement administratif du patient. C'est l'étape qu'ils souhaitent améliorer dans le cadre du compte qualité, en ayant priorisé ce risque, avec comme action récente la mise en place d'une ligne de confidentialité, un affichage et un rappel régulier vers les patients et accompagnants. La traçabilité des actes soignants et médicaux dans le dossier informatisé du patient est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation de l'efficacité du processus de la prise en charge des patients aux urgences. Cette évaluation débuté en 2016, s'inscrit dans le cadre de la préparation de la visite de certification V2014. Une nouvelle évaluation à 6 mois de la criticité des risques et du suivi des actions inscrites dans le PAQSS a été réalisée avant la visite de certification. Des patients traceurs ont été réalisés, afin d'évaluer le processus des urgences dans son ensemble ; il existe des EPP dans le secteur des urgences, à différentes étapes d'avancée, comme par exemple un audit en cours de formalisation sur la traçabilité des constantes. Il existe un suivi global du temps d'attente aux qui est recueilli une fois par mois par l'encadrement du secteur ; Cependant, le suivi des temps d'attente et de passage aux urgences ne tient pas compte du degré d'urgence. Les pilotes de la thématique suivent de façon mensuelle (sur le mois précédent) les délais moyens d'attentes aux urgences. Cet indicateur prend en compte le délai entre l'enregistrement administratif de tous les patients aux urgences par l'infirmière d'accueil, et sa prise en charge par un soignant en box. L'indicateur est extrait dans le dossier informatique, par le management des urgences puis communiqué aux soignants et aux instances une fois par mois. D'après les pilotes rencontrés, il n'est pas possible d'obtenir des données de façon plus fréquentes ou tenant compte

d'autres critères de prise en charge comme le degré d'urgence identifié à l'entrée.
Des tableaux de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont en place et sont communiquées aux équipes et vers les instances concernées. Un bilan de suivi à un an est programmé.

A / AGIR

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

Les risques inscrits dans le compte qualité dans la thématique de la prise en charge des urgences ont été réévalués par les équipes des urgences à 6 mois avec un réajustement des actions d'amélioration le cas échéant ; le PAQSS a été mis à jour en conséquence. Les actions d'amélioration programmées et inscrites dans le PAQSS concernent différents axes, comme la qualité de vie au travail (agression à l'accueil), le droit des patients (confidentialité) et les bonnes pratiques (traçabilité des constantes, prescription médicamenteuse) etc. La communication des résultats est organisée et effective avec une diffusion vers les équipes par différents supports (oral, écrits) et vers les instances concernées (CME, COPIL qualité, Direction, etc.) dont la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le règlement intérieur du secteur des urgences n'est pas validé par les instances concernées. Le règlement intérieur est défini dans un document de travail (version 1, daté du 7/04/2017), qui n'est pas encore présenté aux instances concernées et validé par celles-ci.	25a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le suivi des temps d'attente et de passage aux urgences ne tient pas compte du degré d'urgence. Les pilotes de la thématique des urgences suivent de façon mensuelle (sur le mois précédents) les délais moyens d'attentes aux urgences. Cet indicateur prend en compte le délai entre l'enregistrement administratif de tous les patients aux urgences par l'infirmière d'accueil, et sa prise en charge par un soignant en box. L'indicateur est extrait dans le dossier informatique, par le management des urgences puis communiqué aux soignants et aux instances une fois par mois. D'après les pilotes rencontrés, il n'est pas possible d'obtenir des données de façon plus fréquentes ou tenant compte d'autres critères de prise en charge comme le degré d'urgence identifié à l'entrée.	25a

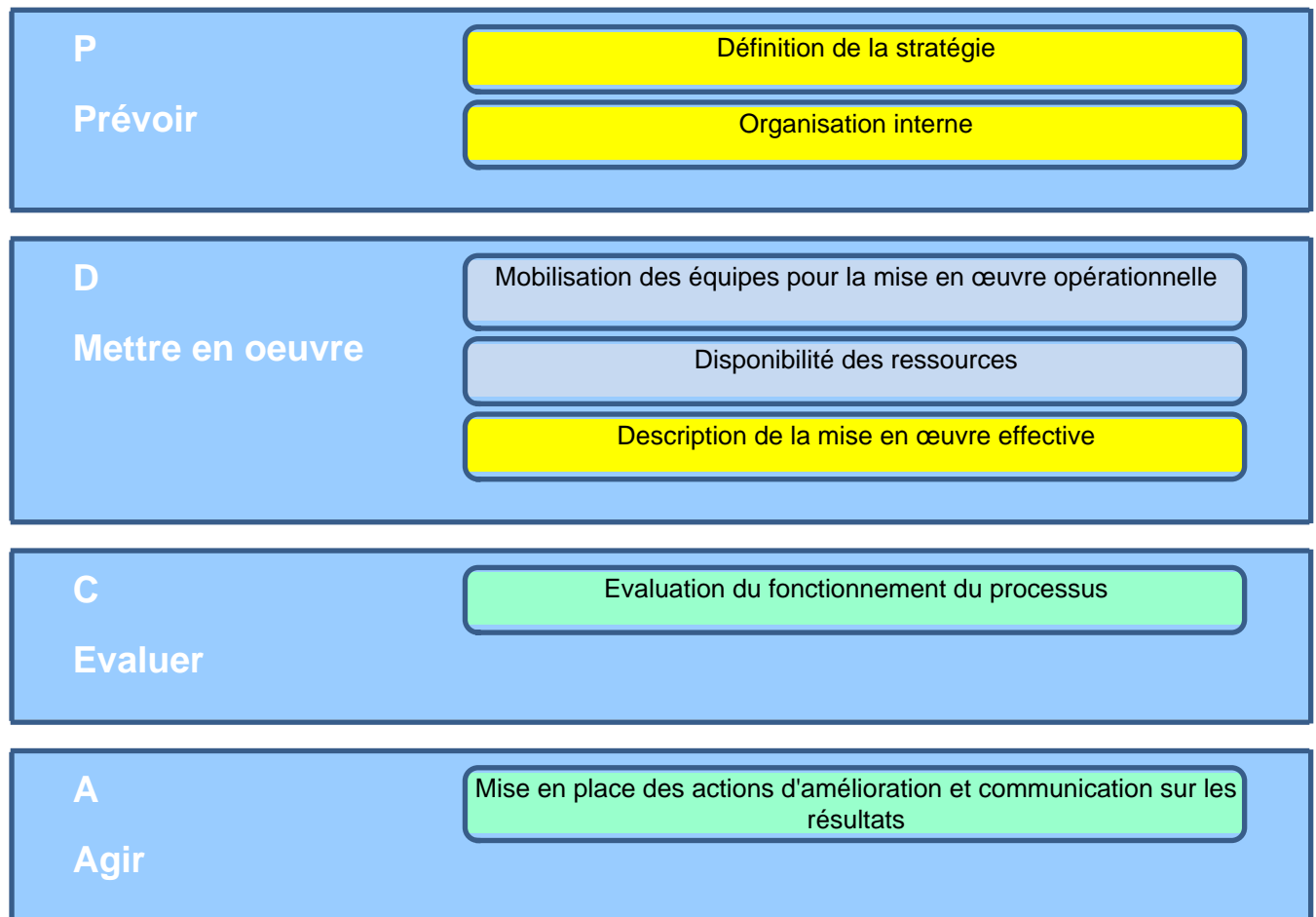
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. La stratégie et les objectifs en endoscopie sont intégrées dans le projet d'établissement 2017-2021 avec pour objectif de consolider la place de l'endoscopie au sein d'une filière de prise en charge dans le territoire, en lien avec le Centre Hospitalier de Quimper et dans le cadre du groupement de coopération sanitaire. L'activité d'endoscopie est réalisée dans le bloc interventionnel pour les gestes sous anesthésie générale, ou dans le secteur des consultations pour les actes sous anesthésie locale. Le bloc interventionnel est composé de 2 salles (une salle réservée à l'endoscopie, une salle de cardiologie pour échographie trans-œsophagienne ou pose de pacemaker, avec une SSPI. La prise en charge des patients dans le parcours endoscopie se fait dans la majorité des cas en hospitalisation ambulatoire et parfois en hospitalisation complète. Cependant, il n'y a pas de politique générale commune du management de la qualité au niveau de la prise en charge des patients en endoscopie et en anesthésie ambulatoire. La politique du parcours endoscopique ne prend pas en compte le parcours en ambulatoire. Il n'existe pas de règlement intérieur du secteur d'anesthésie ambulatoire définissant les responsabilités et le mode de fonctionnement. Il n'y a pas de charte de fonctionnement du service d'ambulatoire qui accueille les patients après geste d'endoscopie sous anesthésie générale et hospitalisés en ambulatoire. Un médecin est en cours de recrutement et devrait prendre la fonction de coordonnateur du secteur d'ambulatoire. Une analyse des risques a été réalisée selon une méthode par processus en octobre 2016, en prenant en compte les événements indésirables, la réglementation, le vécu des acteurs de terrain. Les soignants concernés ont participé à leur élaboration et leur hiérarchisation ; 5 risques principaux ont été identifiés et intégrés au compte qualité, avec un plan d'actions d'amélioration en regard de ces risques qui regroupe 7 actions prioritaires (intégrées au PAQSS de l'établissement) sous la responsabilité de la cadre du secteur. Cette stratégie a été validée par le COPIL gestion des risques, la CME et la direction générale.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage pour la partie endoscopique est défini et est assuré par un médecin gastro-entérologue et la cadre du secteur du bloc interventionnel et ambulatoire. Les rôles et responsabilités sont définis dans un document mis à jour en mars 2017 et formalisés par des fiches de poste. En regard des risques et des objectifs, l'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé a mis en place une organisation permettant de mettre à disposition les besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles permettant de prendre en charge en grande partie les patients pour la réalisation d'un acte d'endoscopie en programmé. L'établissement ne prend pas en charge d'actes en urgence en dehors des heures ouvrables. Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation notamment sur l'hygiène, le nettoyage des endoscopes et également la gestion des risques (formation CREX). Les documents et outils informatiques permettant la traçabilité sont élaborés (Check-List HAS, nettoyage du matériel, risque ATNC, etc.). En lien avec l'équipe d'hygiène, le management et les acteurs concernés, le parcours du matériel et des patients, prenant en compte les besoins et la réglementation est organisé au sein du bloc interventionnel et du secteur de consultation ; la gestion de l'air et des gaz médicaux et de l'eau est organisée. Les procédures permettant le respect des circuits du matériel et garantissant une bonne maîtrise du risque infectieux tient compte de l'architecture des locaux, notamment au bloc interventionnel dans lequel la marche en avant du matériel est en grande partie respectée. Cependant, l'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé. En effet, lors d'une hospitalisation en ambulatoire pour un acte d'endoscopie avec anesthésie générale, l'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé. Le dispositif d'entretien et de maintenance des endoscopes est adapté et organisé par l'établissement et en partie contractualisé avec les fournisseurs qui assurent également la formation à leur utilisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre du secteur d'endoscopie et de l'ambulatoire communique auprès des équipes concernées sur la politique du management de la qualité et de la sécurité commune en endoscopie, de sa mise en œuvre et de l'avancée du plan d'action ; elle assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient dans le secteur d'endoscopie et impulse, en lien avec l'équipe qualité, la démarche d'amélioration en cohérence avec la stratégie de l'établissement. Elle est la garante des bonnes pratiques selon les règles définies, notamment la traçabilité des contrôles et de la check-list. Elle impulse le respect des droits du patient (intimité, confidentialité) et promeut la qualité de vie au travail, notamment au niveau du secteur de traitement des endoscopes. Le personnel rencontré participe aux réunions communes avec les différents acteurs de l'endoscopie notamment dans les groupes de travail dans le cadre de la maîtrise des

risques du compte qualité et de la mise en place du plan d'actions. Les équipes concernées s'impliquent dans les actions d'amélioration, elles participent au système de déclaration et aux démarches EPP. Les équipes ont accès aux informations concernant les résultats du suivi des actions, des indicateurs d'activités et de bonne pratique du secteur d'endoscopie. Elles participent activement à la création et à l'actualisation des procédures et documents utiles à leur activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont disponibles dans le secteur d'endoscopie. Les professionnels en poste sont formés notamment à la gestion, au nettoyage et à la désinfection des endoscopes, et également à la gestion des risques. Il existe des référents paramédicaux et médicaux pour chaque secteur d'endoscopie avec des procédures d'intégration des nouveaux arrivants. Au sein des secteurs concernés, les documents utiles à la prise en charge du patient sont disponibles par l'intermédiaire du dossier informatisé ou du logiciel de la gestion documentaire institutionnel pour les procédures actualisées, en lien avec des référentiels validés. L'agenda et la planification du programme opératoire informatisés sont accessibles par tous les soignants et secteurs concernés par la prise en charge des patients en endoscopie. Il existe des documents d'information concernant la préparation et la réalisation des endoscopies, mis à la disposition des patients. Le management s'assure de la disponibilité des ressources matérielles et de leurs maintenances, du remplacement du matériel défectueux. L'approvisionnement en matériel endoscopique permet de répondre au besoin et à l'activité programmée du secteur. Le matériel de protection du personnel est disponible. Le système d'information est en place et adapté aux besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le programme d'endoscopie au niveau du bloc interventionnel est régulé par la cadre du secteur, les effectifs présents sur le plan de l'endoscopie et de l'anesthésie (une à 2 salles d'intervention sous anesthésie et la SSPI avec un anesthésiste et 2 IADES) au cours de la visite de terrain sont adéquats avec le programme d'intervention. Le personnel d'endoscopie participant partiellement à la permanence des soins, les solutions de recours et la liste de présence sont connues par les secteurs et personnes concernés. Le personnel rencontré participe aux réunions communes avec les différents acteurs de l'endoscopie notamment dans les groupes de travail dans le cadre de la maîtrise des risques du compte qualité et de la mise en place du plan d'actions. Les soignants participent au système de déclaration des dysfonctionnements et au CREX du secteur de médecine lorsqu'il y a une analyse en lien avec le secteur de l'endoscopie. La maîtrise du risque infectieux est effective sur le terrain avec le respect des règles définies pour le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes. Les contrôles biologiques des endoscopes sont régulièrement réalisés et tracés.

Au cours de la prise en charge du patient en endoscopie les informations données aux patients sont tracées dans le dossier. Cependant, les informations médicales issues de la consultations pré anesthésiques ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier d'anesthésie. Il a été constaté que les dossiers d'anesthésie papier étaient partiellement complétés,; ils manquaient notamment certains critères d'intubation, la stratégie anesthésique, les risques liés à l'anesthésie. Ce qui correspond aux critères IPAQSS sur la tenue du dossier d'anesthésie de 2014 et 2016.

De plus, l'éligibilité et l'accord du patient à la prise en charge en ambulatoire ne sont pas systématiquement tracée dans le dossier. Il a été constaté que l'éligibilité à l'ambulatoire ainsi que l'accord du patient ne sont pas tracés. Seul l'information en lien avec la prise en charge en ambulatoire est retrouvée.

La check-list sécurité du patient en endoscopie digestive est mise en œuvre et tracée sous format papier puis intégrée dans le dossier informatique du patient par l'infirmière d'endoscopie. Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué puis tracé dans le dossier. Au cours de la visite de terrain, il est noté que la validation de sortie de SSPI dans le cadre des actes sous anesthésie générale est tracée dans le dossier du patient, et la sortie du service d'ambulatoire est validée en temps utile et tracée dans le dossier sous format papier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des tableaux de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui permettent de suivre l'efficacité du processus. Les principaux indicateurs suivis concernent l'hygiène (résultats des prélèvements microbiologiques, etc.), l'activité (nombre d'examen, taux d'occupation des salles, etc.) la qualité (traçabilité des check-lists, dépistage ATNC, etc.). Il existe plusieurs actions EPP sur la thématique endoscopie avec notamment la qualité de la préparation colique, l'audit du GREPHH, ou encore la pertinence des indications d'endoscopie.

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

Les actions d'amélioration issues de l'analyse des risques dans le secteur d'endoscopie ont été intégrées dans le PAQSS de l'institution. Il y a 7 actions mises en œuvre avec les acteurs du secteur d'endoscopie et dont le suivi est assuré. De nouvelles actions sont en cours de réflexion ou de projet comme la réalisation d'un audit de la nouvelle check-list dans le secteur de consultation 6 mois après sa mise en place. Les résultats du suivi de l'avancée des actions et des indicateurs sont communiqués vers les personnes et secteurs concernés par l'endoscopie, vers les instances et aux usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Il n'y a pas de politique générale commune du management de la qualité au niveau de la prise en charge des patients en endoscopie et en anesthésie ambulatoire. La politique du parcours endoscopique ne prend pas en compte le parcours en ambulatoire. Il n'existe pas de règlement intérieur du secteur d'anesthésie ambulatoire définissant les responsabilités et le mode de fonctionnement. Il n'y a pas de charte de fonctionnement du service d'ambulatoire qui accueille les patients après geste d'endoscopie sous anesthésie générale et hospitalisés en ambulatoire. Un médecin est en cours de recrutement et devrait prendre la fonction de coordonnateur du secteur d'ambulatoire.	26b
P / Organisation interne	NC	L'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé. Lors d'une hospitalisation en ambulatoire pour un acte d'endoscopie avec anesthésie générale, l'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé.	26b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les informations médicales issues de la consultations pré anesthésiques ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier d'anesthésie. Il a été constaté que les dossiers d'anesthésie papier étaient partiellement complétés,; ils manquaient notamment certains critères d'intubation, la stratégie anesthésique, les risques liés à l'anesthésie. Ce qui correspond aux critères IPAQSS sur la tenue du dossier d'anesthésie de 2014 et 2016.	26b
	PS	L'éligibilité et l'accord du patient à la prise en charge en ambulatoire ne sont pas systématiquement tracée dans le dossier. Il a été constaté que l'éligibilité à l'ambulatoire ainsi que l'accord du patient ne sont pas tracés. Seul l'information en lien avec la prise en charge en ambulatoire est retrouvée.	26b

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

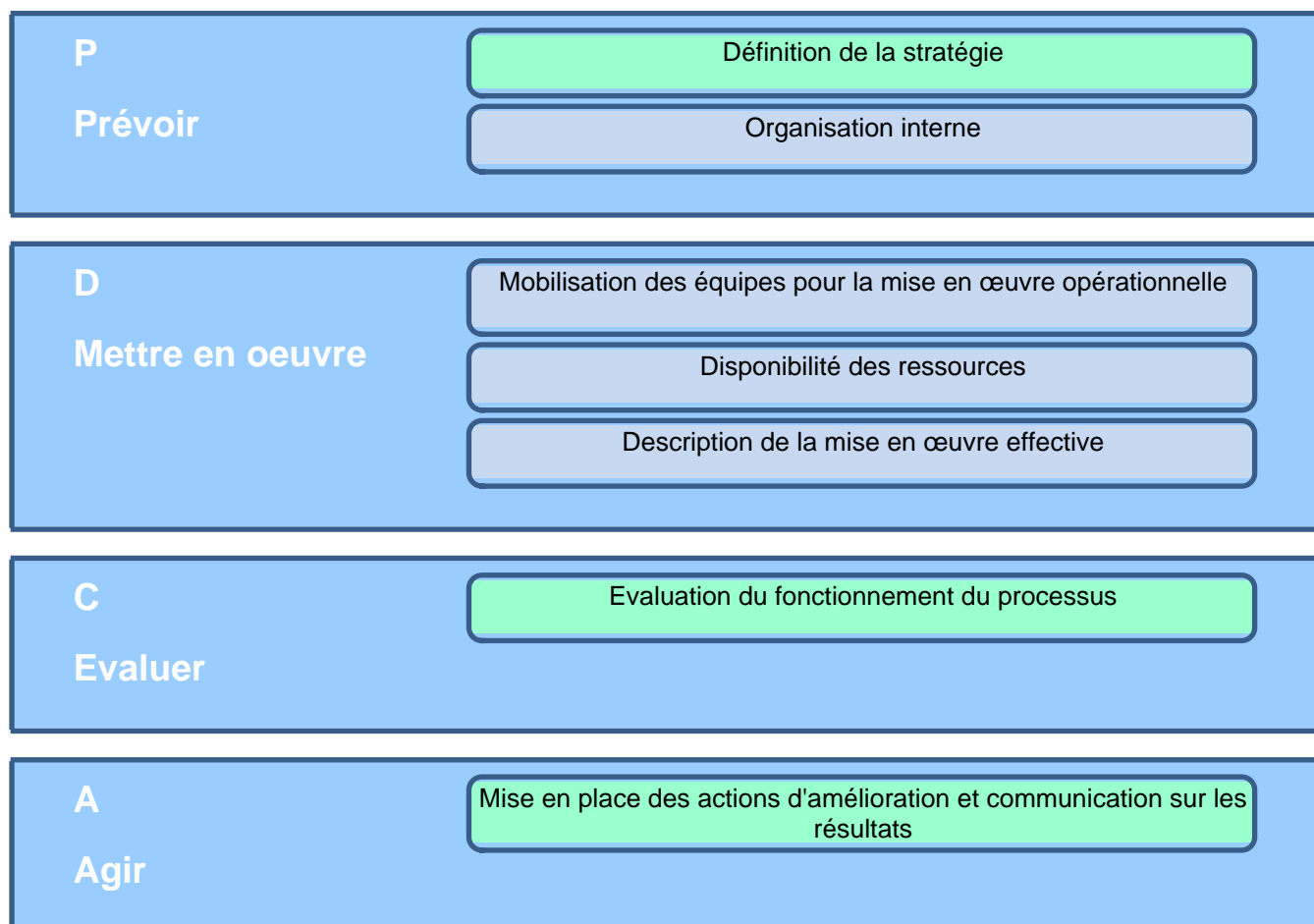
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre du projet de territoire de l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) devenue Groupement hospitalier de territoire (GHT), une structure d'hospitalisation à domicile dont la gestion a été confié à l'hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé a été mise en service le 1er avril 2016 avec une autorisation de l'ARS de Bretagne. Un Groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS) composé des membres du GHT a été constitué pour fédérer les acteurs, installer des antennes dans chaque établissement, associer les compétences de salariés de tous statut et élargir la coopération aux services infirmiers d'aide à domicile (SSIAD). 60 places sont autorisées pour un territoire de 300 000 habitants, la coordination est assurée par le service HAD complétée par une ouverture sur le secteur libéral (médecins, pharmaciens et infirmiers) et les structures médico-sociales. Le projet HAD est décliné au sein du projet médical de territoire avec un axe d'affirmation et de sécurisation du parcours patient. Les principaux types de prise en charge relèvent de pansements complexes, de soins palliatifs, de prise en charge de la douleur et de traitement pas voie intraveineuse. La convention constitutive du GCS et son règlement intérieur sont formalisés et validés. Trois conventions de partenariat avec les médecins libéraux, pharmacien libéraux et paramédicaux libéraux ont été signées. Elles formalisent, sur la base d'un consensus obtenu après concertation, des dispositions permettant une régulation des compétences et des intérêts respectifs de l'ensemble des acteurs. L'ensemble est coordonné par le service de l'HAD. La stratégie de gestion des équipements et matériel hôteliers et biomédical s'est appuyé sur ces dernières. En qui concerne le matériel, la PUI fournit le petit matériel médical, les pharmaciens de ville les médicaments et le matériel hôtelier de maintien à domicile. La mise à disposition du matériel medicotechnique (nutrition parentérale et entérale, matériel d'oxygène et d'assistance respiratoire, pousse seringue, etc.) est assuré par un prestataire unique retenu à l'issue d'une mise en concurrence. Une cartographie des risques a été élaborée de façon concertée sur la base des expériences et des observations des différents acteurs (hospitaliers et libéraux), de l'évaluation médicale des risques et sur le constat des dysfonctionnements. Cela s'est traduit par un plan d'action identifiant les risques prioritaires avant, pendant et après l'hospitalisation. Placé sous la responsabilité du cadre responsable du service, ce plan d'action vise à renforcer l'efficacité la collaboration avec les prestataires, éviter les livraisons tardives, surveiller les péremptions des produits au domicile du patients et dans les locaux de l'HAD et de traiter de façon anticipée les incohérences dans la prescription de sortie du médecin hospitalier. L'objectif est de sécuriser l'ensemble du parcours du patient dont la gestion est placée sous la responsabilité de l'Hôtel Dieu;

ORGANISATION INTERNE

Le service est placé sous la responsabilité d'un médecin, d'un cadre et d'un pharmacien dont les fiches de mission sont formalisées. Le médecin assure la coordination médicale tout au long du séjour du patient en lien avec les médecins libéraux et hospitaliers. Le cadre a en charge la coordination de l'équipe soignante du service, la planification, dont l'aspect logistique de l'activité et la supervision des relations avec les professionnels paramédicaux libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes). Enfin le pharmacien organise les modalités de mise à disposition et de paiement des équipements et des produits de santé. L'équipe étant composée d'infirmiers ayant des compétences spécifiques, une partie de la formation relève du compagnonnage et le reste est intégré au plan de formation de l'établissement. L'ensemble des procédures organisationnelles et de prise en charge est formalisé (livraison du matériel et son retour, contrôle des péremptions, gaz médicaux, etc.). La convention avec un prestataire de santé à domicile unique concernant la mise à disposition du matériel medicotechnique a été rédigée afin d'homogénéiser les équipements et leur prix. La cadre en lien avec le médecin et le pharmacien assurent l'interface entre les différents acteurs lors de rencontres formalisées ou occasionnelles. Une astreinte 24h sur 24 conforte la gestion des interfaces et la coordination des prises en charge sur l'ensemble du territoire et assure, en lien avec la PUI du CHI de Cornouaille, l'approvisionnement en urgence en cas de rupture de stock ou de panne de matériel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le projet du service de soins à domicile s'inscrit dans le projet d'établissement et de territoire notamment en offrant une possibilité d'admission à 48 heures pour répondre au mieux à la demande en évitant des délais d'attente préjudiciables à la prise en charge des patients. L'implication des équipes passe par des réunions régulières, une communication et des échanges oraux, des visites à domicile et l'affichage dans les locaux du service. Une réunion de synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire, regroupant l'ensemble du service, fait un point sur les sorties planifiées, les entrées, les réévaluations des situations et la

gestion des problèmes particuliers. C'est dans ce cadre que les dysfonctionnements sont évoqués et les actions correctives formalisées. La présence d'une assistante sociale et d'une psychologue complète le périmètre de la prise en charge des patients.

Des tableaux de suivi d'activité, d'évolution des besoins et de répartition des modes de prises en charges sont actualisés trimestriellement.

Les équipes connaissent et utilisent les FEI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs du service sont suffisants pour assurer les missions de l'activité d'hospitalisation. Il convient de préciser que l'équipe de paramédicaux a une expérience professionnelle variée et que certains possèdent des compétences spécialisées (plaies complexes, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, etc.). Les formations concernant l'utilisation des équipements mis à disposition sont assurées par le prestataires de matériels. Un document regroupe l'ensemble des informations relatives à l'activité du service (conventions, procédures d'admission et de prise en charge médicale, modalités de gestion des équipements logistiques et des produits au domicile des patients, consignes, traçabilité, protocoles de soins, fiches de poste de l'équipe, liste de l'ensemble des intervenants, etc.). Un dispositif de maintenance curative et préventive est intégré dans les convention de partenariat.

Le service possède une flotte de véhicules récents et adaptés aux besoins et les locaux répondent aux attendus au regard de l'activité constatée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'équipe connaît et maîtrise l'ensemble des procédures liées à la mise à disposition, la surveillance de la péremption et au retrait des équipements et des produits du domicile des patients. Elle gère les interfaces avec le prestataire de santé mettant à disposition les équipements medicotechniques, les pharmaciens libéraux en charge des produits hôteliers et des médicaments et l'hôpital en ce qui concerne les dispositifs médicaux. Le personnel utilise d'une part le dossier informatisé de l'hôtel Dieu de Pont-L'abbé, qui est en charge de la gestion de cette activité, pour assurer la traçabilité de la prise en charge médicale et d'autre part la gestion documentaire (GED) du CHI de Cornouaille Quimper-Concarneau où sont localisés les locaux du service HAD pour la gestion des produits de santé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service a formalisé les modalités d'évaluation de son activité. Une évaluation des pratiques professionnelles et des enquêtes de satisfaction, auprès des patients et des familles, des professionnels pharmaciens et prestataires sont programmées. Un relevé des dysfonctionnements sur astreinte notamment le manque de matériel est mis en place. Un travail d'analyse concernant les cartes de remerciements spontanés des familles est engagé. Un projet d'audit de connaissance à réaliser auprès des professionnels de santé du territoire est planifié pour 2018.

A / AGIR

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

Les objectifs d'amélioration sont identifiés et articulés avec le programme d'actions institutionnel et font l'objet d'un retour avec les acteurs concernés.

A titre d'exemple, la maîtrise de la coordination entre pharmaciens et prestataire est identifiée par le ratio de non-conformités par rapport au nombre de livraisons avec une comparaison sur deux années. Compte tenu de la spécialisation de certains membres de l'équipe, l'identification de protocoles de soins élaborés et formalisés pourront être proposés à la labellisation et diffusés sur le territoire. L'amélioration de la déclaration des événements indésirables internes au service et ceux identifiés par les libéraux est engagée. L'identification du nombre de CREX, en précisant le pourcentage de ceux réalisés avec les acteurs libéraux sur deux années est planifié. Le résultat de l'audit en cours de réalisation servira de base pour définir les actions possibles à mettre en œuvre.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	Le programme d'action global de l'établissement n'a pas pris en compte, dans l'identification des risques, certains résultats d'indicateurs nationaux et locaux. Certains items de la tenue du dossier d'anesthésie, et de la tenue du dossier du patient souffrant d'AVC, et de l'indicateur de l'évaluation de la contention (indicateur interne) n'ont pas donné lieu à l'identification d'une action d'amélioration inscrite dans le programme d'actions.	8a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Certains indicateurs de suivi n'incluent pas les objectifs à atteindre. Les indicateurs de suivi établis sont quantitatifs. Les objectifs n'ont pas tous été formalisés ce qui ne permet pas dans le pilotage du processus, d'évaluer l'impact du plan d'actions mis en place sur l'établissement. Par exemple, on retrouve le nombre de personnels formés sur les droits des patients en regard du risque, mais le pourcentage souhaité sur la totalité du personnel n'est pas formalisé ; on retrouve le suivi du taux de participation aux COPIL, mais pas le taux de participation souhaité par le management qualité.	2e
Gestion du risque infectieux	P / Organisation interne	PS	La composition de l'EOH ne répond pas totalement aux attendus. Il n'y a pas de médecin hygiéniste dans l'établissement.	8g
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas exhaustive Le logiciel de prescription ne propose pas d'espace de validation pour cette réévaluation. Des solutions alternatives existent comme une prescription pour une durée maximum de trois jours, la mention d'un antibiogramme ou la prescription "selon recommandation". Par ailleurs, la pharmacienne vérifie au quotidien toutes les lignes de prescription et tous les antibiotiques sont en dispensation nominative.	8h
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	PS	La signalétique mise en place ne permet pas aux usagers de s'orienter facilement. La signalétique actuelle, par ailleurs peu développée, ne donne pas d'informations sur la nature du service recherché. La dénomination des secteurs ne correspond pas au type de prise en charge. L'Etablissement a engagé des travaux d'infrastructure, un aménagement de ses équipements et de sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies.	6b
		NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de l'intimité et de la personne. Il existe des paravents dans chaque chambre double et chambre triple. Hormis dans les unités rénovées, il n'existe pas de bloc sanitaire complet dans les chambres : par exemple en psychiatrie, en SSR, et actuellement en	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			USLD, mais des locaux neufs seront livrés prochainement. Il est à noter que sur l'unité qui héberge les 5 LISP, il n'existe qu'une douche pour un total de 29 patients. En gastro-cardio, la douche est priorisée pour les patients allant au bloc, les autres patients devant s'adapter à l'organisation mise en place pour leurs soins d'hygiène. Les professionnels sont toutefois sensibilisés au respect de l'intimité et suivent la procédure en vigueur.	
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas toujours assuré. En USLD les transmissions ont lieu dans une pièce ouverte sur la salle commune de l'unité. De plus, l'USC ne possédant pas de lieu d'accueil pour l'entourage, les éventuels échanges avec l'entourage des patients ont lieu dans le couloir d'accès aux quatre chambres. En médecine, les pochettes dossiers papiers sont rangés dans une armoire dans le PC qui est vitré. Certains dossiers sont ainsi visibles du couloir lorsqu'ils ne sont pas rangés dans l'endroit prévu après utilisation. Enfin, dans les unités, les chambres à 2 lits (3 en unité de SSR) ne permettent pas la confidentialité des échanges, la pathologie des patients n'autorisant pas toujours de les inviter à sortir de la chambre. Les conditions d'hébergement sont toutefois en cours de modernisation.	10c
		NC	Les restrictions de liberté ne font pas toutes l'objet d'une prescription médicale individualisée écrite et d'une réévaluation à périodicité définie. La périodicité de la réévaluation des contentions prescrites n'est pas retrouvée dans les dossiers des patients concernés. Les modalités de séjour des patients en psychiatrie ne garantissent pas le respect des libertés individuelles. Il est en effet notifié dans le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie que le patient ne pourra bénéficier de permissions de sortie de l'établissement qu'accompagné par un proche, cette disposition est effective en systématique et non réévaluée cliniquement. Par ailleurs, il est également notifié dans le livret d'accueil que le patient ne recevra pas de visite pendant la première semaine d'hospitalisation, cette limitation des contacts est effective sans réévaluation clinique du patient.	10e
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La coordination permettant de réaliser le suivi de la prise en charge du patient en endoscopie ambulatoire et d'assurer le relais avec les professionnels extérieurs n'est pas effective. Il a été constaté que les comptes rendus d'anesthésie et d'endoscopie n'étaient pas remis au patient le jour de l'intervention. Cela ne favorise pas la coordination avec les professionnels extérieurs	18a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas l'accès du patient à son dossier dans les délais définis par la réglementation L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas l'accès du patient à son dossier dans les délais définis par la réglementation et n'a pas fait l'objet d'action d'amélioration suite aux scores recueillis en 2015 et 2016.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Tous les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient ne sont pas intégrés au DPI.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Les synthèses hebdomadaires concernant le projet du patient ne sont pas intégrées au dossier patient en HAD (papier ou informatisé). L'équipe les regroupe dans un classeur commun situé dans le secrétariat du service.	
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La validation de l'administration n'est pas toujours tracée dans le dossier. En hospitalisation de jour, pour une chimiothérapie, l'expert visiteur a constaté que la validation de l'administration de la chimiothérapie (prescription anticipée par un oncologue non présent sur le site) était réalisée oralement (le dossier pharmaceutique spécifique pour la chimiothérapie ne permet pas de tracer la validation avant administration). Cette validation est faite par un médecin urgentiste non formé en oncologie, en lien avec l'équipe d'oncologie à distance de l'établissement. De plus il n'y a pas d'oncologue sur le site, ils sont disponibles par téléphone au niveau de l'hôpital de référence.	20a bis
		NC	Le support institutionnel de prescription informatisée n'est pas utilisé par l'ensemble des praticiens. Les prémédications pré anesthésiques ne sont pas prescrites sur l'outil informatique de l'établissement. Au cours de la visite de terrain, dans le service d'ambulatoire, les prescriptions de prémédications pré anesthésiques des patients pris en charge en endoscopie et en anesthésie ambulatoire sont notées de façon manuscrite sur le dossier papier d'anesthésie. De plus la prise en charge du traitement habituel gérée en consultation pré anesthésique n'est pas tracée dans le dossier du patient.	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	PS	Le règlement intérieur du secteur des urgences n'est pas validé par les instances concernées. Le règlement intérieur est défini dans un document de travail (version 1, daté du 7/04/2017), qui n'est pas encore présenté aux instances concernées et validé par celles-ci.	25a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le suivi des temps d'attente et de passage aux urgences ne tient pas compte du degré d'urgence. Les pilotes de la thématique des urgences suivent de façon mensuelle (sur le mois précédents) les délais moyens d'attentes aux urgences. Cet indicateur prend en compte le délai entre l'enregistrement administratif de tous les patients aux urgences par l'infirmière d'accueil, et sa prise en charge par un soignant en box. L'indicateur est extrait dans le dossier informatique, par le management des urgences puis communiqué aux soignants et aux instances une fois par mois. D'après les pilotes rencontrés, il n'est pas possible d'obtenir des données de façon plus fréquentes ou tenant compte d'autres critères de prise en charge comme le degré d'urgence identifié à l'entrée.	25a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	NC	Il n'y a pas de politique générale commune du management de la qualité au niveau de la prise en charge des patients en endoscopie et en anesthésie ambulatoire. La politique du parcours endoscopique ne prend pas en compte le parcours en ambulatoire. Il n'existe pas de règlement intérieur du secteur d'anesthésie ambulatoire définissant les responsabilités et le mode de fonctionnement. Il n'y a pas de charte de fonctionnement du service d'ambulatoire qui accueille	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			les patients après geste d'endoscopie sous anesthésie générale et hospitalisés en ambulatoire. Un médecin est en cours de recrutement et devrait prendre la fonction de coordonnateur du secteur d'ambulatoire.	
	P / Organisation interne	NC	L'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé. Lors d'une hospitalisation en ambulatoire pour un acte d'endoscopie avec anesthésie générale, l'appel de la veille et du lendemain n'est pas organisé.	26b
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les informations médicales issues de la consultations pré anesthésiques ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier d'anesthésie. Il a été constaté que les dossiers d'anesthésie papier étaient partiellement complétés.; ils manquaient notamment certains critères d'intubation, la stratégie anesthésique, les risques liés à l'anesthésie. Ce qui correspond aux critères IPAQSS sur la tenue du dossier d'anesthésie de 2014 et 2016.	26b
		PS	L'éligibilité et l'accord du patient à la prise en charge en ambulatoire ne sont pas systématiquement tracée dans le dossier. Il a été constaté que l'éligibilité à l'ambulatoire ainsi que l'accord du patient ne sont pas tracés. Seul l'information en lien avec la prise en charge en ambulatoire est retrouvée.	26b