



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
HOPITAL ET CENTRE  
D'HEBERGEMENT DU PAYS  
D'HORTE ET TARDOIRE**

Place du champ de foire  
16110 La Rochefoucauld  
MARS 2018

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHEFOUCAULD	
Adresse	Place du champ de foire 16110 La Rochefoucauld
Département / région	CHARENTE / NOUVELLE-AQUITAINE
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	160015152	GCS ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS DE LA CHARENTE	Centre hospitalier d'angouleme Rond point girac 16470 ST MICHEL
Entité juridique	160000121	CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHEFOUCAULD	Place du champ de foire 16110 La Rochefoucauld
Etablissement de santé	160006383	CENTRE HOSPITALIER LA ROCHEFOUCAULD - USLD	Place du champ de foire 16110 LA ROCHEFOUCAULD
Etablissement de santé	160000188	CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHEFOUCAULD	Place du champ de foire 16110 La Rochefoucauld

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	12	3
SLD	SLD	53	/
SSR	SSR	47	7

**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"> <li>*Convention constitutive du GCS des hôpitaux publics de Charente</li> <li>*Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire GCS E-santé Poitou-Charentes</li> <li>*Convention cadre avec le CH Angoulême</li> <li>*Avenant convention cadre pour secteur médico-social avec le CH Angoulême</li> <li>*Convention de coopération dans le cadre de la psychiatrie de liaison avec CHS Camille Claudel</li> <li>*Convention de coopération de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs avec le CH Châteauneuf-sur-Charente</li> <li>*Convention de complémentarité pour la prise en charge coordonnée et continue des patients bénéficiant de cathéters périmerveux destinés à la prise en charge des douleurs aiguës ou chroniques avec SOS Douleur 16</li> <li>*Convention entre HAD Santé Service Charente établissement sans PUI et CH LRF avec PUI pour l'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier</li> <li>*Convention de partenariat pour la prise en charge en hospitalisation à domicile de résident en établissement d'hébergement médico-social HAD Mutualiste</li> <li>*Convention organisant la coordination du service de l'action gériatrique territoriale et de l'unité de soins de suite et de réadaptation et de l'hôpital de jour gériatrique du CH LRF avec le conseil départementale</li> <li>*RGPA (Réseau Gériatrique du Pays Angoumois)</li> </ul>
Regroupement / Fusion	Le Centre Hospitalier de La Rochefoucauld est en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Angoulême depuis le 01 avril 2016.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Droits des patients  
Parcours du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine Soins palliatifs	Cancer colique compliqué par abcès de paroi	Programmé	/	MCO
2	Adulte ou personne âgée	SSR polyvalent en hospitalisation complète	PTH droite sur coxarthrose	Programmé	/	SSR
3	Adulte ou personne âgée	SSR polyvalent en HDJ réadaptation	Fracture branche ischio-pubienne et cotyle droit	Programmé	/	SSR
4	Personne âgée	SLD	AEG et comorbidité	Programmé	/	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

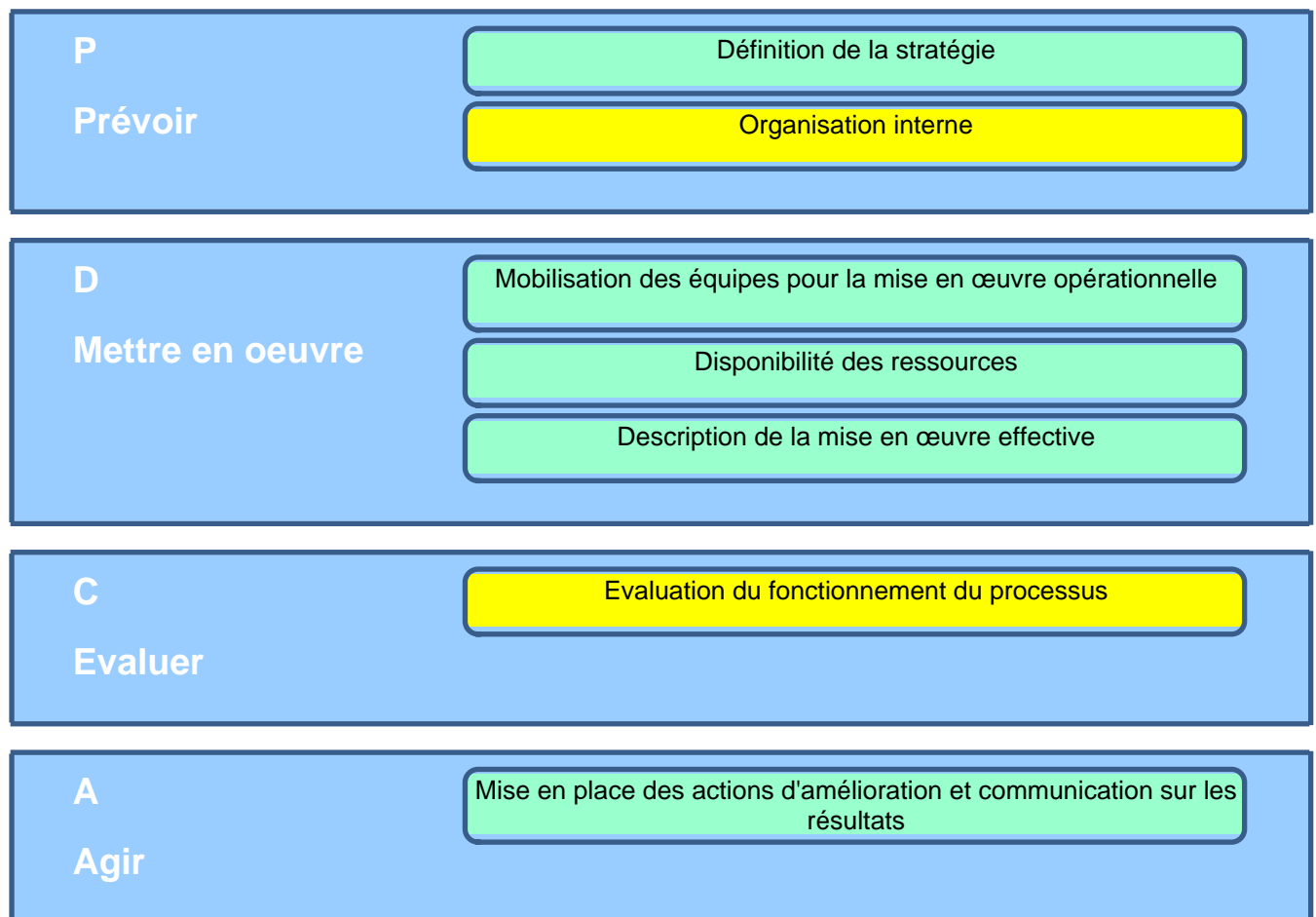
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a formalisé sa politique de management de la qualité et gestion des risques. Elle est retrouvée dans le projet d'établissement 2013-2017. Les objectifs sont définis par 9 axes en lien avec le processus. Ces axes reprennent les recommandations de la certification V2010, la volonté exprimée de développer la culture qualité et gestion des risques ainsi que l'amélioration des prises en charge. L'ensemble des secteurs d'activité sont prises en compte. Les engagements de l'établissement sur ce processus, retrouvé dans le compte qualité, sont en cohérence avec cette politique.

Celle-ci politique intègre notamment la stratégie EPP et les obligations légales et réglementaires.

Les instances CME et CSIMRT ont validé cette politique.

La participation des représentants des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité et sécurité des soins a été recherchée lors des CDU de 2017.

Le PAQSS est composé de plusieurs tableaux (V2010, Archimed, EI, CREM,) regroupés dans un fichier informatique et administré par la qualitiennne. Ce programme est soumis aux instances.

Néanmoins, le programme institutionnel qualité et sécurité des soins ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, n'est pas diffusé et non connu. En effet, les éléments (risques, objectifs, actions d'amélioration) issus notamment du groupe du Dossier Patient ou de la cellule de bientraitance ne sont pas reportés dans le programme institutionnel. Les informations issues du rapport annuel de la CDU comme par exemple la problématique de délai trop long de transmission des dossiers patients (cf. rapport de la CDU de 2016) ne sont pas intégrées dans le programme. Les objectifs d'amélioration issus des patients traceurs débutés en 2016 ne sont pas intégrés au PAQSS. Les modalités de communication du PAQSS ne sont pas définies de manière institutionnelle ni par secteur d'activité. Les professionnels rencontrés pendant les vérifications terrain ne connaissent pas le programme en tant que tel.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote nommé est un directeur adjoint en charge de la qualité et de la gestion des risques dans le cadre de la direction partagée avec le CH d' Angoulême. La qualitiennne est intégrée au pilotage du processus à raison d'un 80%. Les vigilants et les responsables des thématiques sont identifiés. Des profils de poste sont formalisés pour la qualitiennne et les professionnels ressources de la cellule Bientraitance participant à la revue des événements d'indésirables. Le QUAVIRIS est l'instance opérationnelle qui décline le PAQSS. Un point systématique du dispositif est réalisé à chaque CME. La CSIMRT est régulièrement informée.

La gestion des interfaces et des circuits sont fonctionnels et facilitent la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité compte tenu de la taille de l'établissement mais aussi des outils qui sont opérants.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est ainsi opérationnelle.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est organisé. La déclaration et la réponse se font sur des supports papier, traités par la qualitiennne. La direction et les pilotes favorisent son déploiement. Les professionnels connaissent et utilisent le dispositif. Une charte de non punition a été formalisée. Au moment de la visite elle était en cours de validation par les instances. L'évolution de ce dispositif est programmée avec l'acquisition d'un logiciel en 2018.

L'établissement a complété ce dispositif en organisant des CREX et des CREM, qui permettent une analyse des causes notamment profondes de l'évènement selon la méthodologie ORION.

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle sur les risques professionnels avec un document unique réactualisé. Il existe aussi une cartographie des risques sur le circuit du médicament.

Néanmoins, malgré la recommandation issue de la précédente certification et de l'engagement de l'établissement dans le compte qualité de développer une cartographie des risques a priori, le dispositif d'évaluation des risques a priori n'est pas totalement opérationnel. Il ne permet pas la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. En dehors des risques identifiés dans le Compte Qualité l'établissement n'a pas formalisé sa cartographie sur l'ensemble des risques a priori.

Les thématiques non obligatoires du compte qualité n'ont pas été analysés en termes d'identification des risques et plans d'actions.

La gestion documentaire est informatisée via un fichier partagé. L'organisation de cette gestion documentaire se fait sur la base des critères de la V1 de la certification. L'accès aux procédures et protocoles est connu des professionnels.

Néanmoins, le système de mise à jour des documents n'est pas opérationnel. La procédure des procédures ne prévoit pas de fréquence sur l'actualisation des documents. La majorité des protocoles et

procédures datent de 2011 et n'ont pas été réactualisés malgré par exemple des modifications réglementaires comme pour la procédure de communication des dossiers ou le règlement de fonctionnement en USLD dans laquelle sont citées les références réglementaires de la CRUQPC et non pas celles actuelles de la CDU. Il est prévu le déploiement d'un logiciel de gestion documentaire en 2018, ce qui permettra le suivi de l'actualisation des documents par la définition d'une fréquence de révision.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement a mis en œuvre une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Les responsables des secteurs d'activité sont informés des mises en œuvre de la démarche via le QUAVIRIS et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Ils sensibilisent leurs équipes sur la démarche qualité et gestion des risques. Les professionnels rencontrés adhèrent à la démarche mais l'appropriation de la culture qualité et gestion des risques reste débutante au regard de leur méconnaissance des actions du processus déclinées dans le compte qualité et le PAQSS. Les professionnels identifient cependant les actions découlant du processus quand elles sont initiées et y adhèrent. La mobilisation institutionnelle dans le compte qualité est effective.

Des actions préventives ou correctives sont identifiées et mises en œuvre par les responsables au regard des traitements des événements indésirables mais aussi du suivi des indicateurs nationaux et des suivis d'éléments constitutifs de la prise en charge comme la douleur ou le recensement de la personne de confiance. Ils intègrent aussi le suivi des alertes issues des vigilances ainsi que le suivi des actions issues des CREX et des CREM.

Le déploiement des EPP et des actions d'amélioration est connu notamment sur l'EPP contention.

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les temps hebdomadaires de réunion pluridisciplinaire en SSR et en Médecine comme ceux de l'USLD facilitent cette diffusion.

Des professionnels ayant des compétences spécifiques (ergothérapie, rééducation, référents chutes, soins palliatifs, stomatothérapie, douleur) agissent en position transversale et s'impliquent pour le déploiement des plans d'actions.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La qualitiennne, formée à la gestion des risques et aux analyses de causes profondes, et les vigilants identifiés sont accessibles.

Des compétences transversales optimisent le processus. Des groupes de travail et des personnes ressources sont intégrés à la démarche.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé et intégré au processus. Les professionnels ont bénéficié d'information et de sensibilisation via la diffusion de flash qualité diffusés avec les bulletins de salaire. Le document unique des risques professionnels intègre les risques psycho sociaux mais il est peu connu des professionnels.

Les supports papier et informatiques en lien avec le processus sont accessibles dans la gestion documentaire dans tous les secteurs.

La cellule qualité et gestion des risques informe les Cadres des ajouts ou modifications des procédures ou protocoles par mail, qui a leur tour, diffusent dans les secteurs ces évolutions, soit par oral soit par affichage. Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs. Le système d'information facilite la communication. Ce système et les informations qu'il contient sont protégés.

Les registres de sécurité prennent en compte le suivi des maintenances obligatoires. Le carnet sanitaire est tenu régulièrement.

Néanmoins, les plans d'urgences et les procédures en lien avec la gestion de crise ne sont que partiellement opérationnels. Les plans, blanc, bleu et canicule datent de 2011 et n'ont pas été actualisés malgré la modification significative des locaux (ouverture d'un nouveau bâtiment SSR médecine et fermeture d'un autre).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes et l'encadrement connaissent l'organisation définie en matière de qualité et de sécurité des soins. Ils mettent en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement de la prise en charge du patient.

La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité des soins est

effective.

La déclaration des EI est opérante et les professionnels en connaissent les modalités de retour (accusé de réception et retour par courrier de l'action d'amélioration éventuellement mise en place pour remédier à l'incident).

Les modalités de gestion du processus transfusionnel en SSR et en Médecine sont connues. Le référent en hémovigilance est identifié et maîtrise ce processus.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Il permet une analyse des causes notamment profonde, selon une méthode adaptée et associant les acteurs concernés.

L'exploitation des plaintes et réclamations contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Néanmoins, les représentants d'usagers ne participent que très peu à l'élaboration et 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, même si, toutefois, cela leur a été proposé pour 2018. En effet, Les deux représentantes des usagers à la CDU n'ont pas encore été impliquées dans l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Les informations sur plaintes et réclamations, EIG, retour sur audits, etc, ne sont délivrées qu'une fois par an lors du bilan annuel. Elles n'ont pas encore été sollicités pour participer concrètement à la mise en oeuvre de la politique définie par l'établissement et n'ont pas pu exprimer leurs attentes en termes de qualité. Enfin, la participation et le rôle des Usagers est encore peu connu des professionnels rencontrés.

En 2017, la CDU s'est réunie au moins quatre fois conformément à la réglementation.

Les interfaces entre les différents circuits sont effectives concernant les vigilances, les plaintes et réclamations et les évènements indésirables. La coordination avec les structures et réseau régionaux avec le CPIAS Nouvelle Aquitaine, le GHT est mise en œuvre.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressource et de qualité est adaptée et intègre les IQSS et les indicateurs numériques. Cette évaluation est diffusée via le bilan annuel d'activité produit par la qualitiennne.

Ce bilan d'activité en lien avec le processus est diffusé annuellement. Il est communiqué aux responsables et aux Cadres.

Il existe un bilan des évènements indésirables classés par catégorie, vigilance et criticité. Le nombre de CREX, CREM est aussi évalué. Un bilan exhaustif des chutes est produit annuellement. Le tableau de bord des EPP permet un suivi de celles-ci. Le rapport d'activité annuel de la CDU centralise ces travaux.

Néanmoins, la satisfaction des usagers n'est pas évaluée dans tous les secteurs d'activité selon une méthodologie validée.

Le questionnaire de satisfaction est évalué tous les ans et les résultats sont communiqués à la CDU mais le taux de retour de 4% limite la pertinence de cette évaluation.

Le secteur USLD ne délivre pas aux patients de questionnaire de satisfaction et par la même n'évalue pas le respect des droits des patients.

Le secteur d'hôpital de jour n'en délivre pas non plus bien mais mène une réflexion pour mettre en place en 2018 un dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients.

La CDU récemment mise en place ne s'est pas positionnée sur les modalités d'évaluation de la satisfaction pour tous les secteurs.

D'autre part, l'efficacité du programme qualité et gestion des risques n'est pas évaluée à périodicité définie ni systématiquement réajusté. Des actions d'amélioration non réalisées et issues de la certification V2010 restent inscrites dans le programme et leurs échéances ne sont pas toujours définies ni respectées.

Les modalités de suivi ne sont pas retrouvées pour la majorité des actions d'amélioration inscrites dans le programme institutionnel.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel selon une fréquence qui reste à définir.

Le système des événements indésirables permet d'extraire des indicateurs permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration comme par exemple le traitement de l'indicateur des chutes qui a permis à la cellule bientraitance de mettre en place des actions d'amélioration sur le « chaussage » ou le rangement des équipements dans les couloirs.

Les travaux issus des EPP en cours (contention, projet personnalisé, escarre) donnent lieu à des actions d'amélioration. Ces EPP sont communiquées aux instances CME, CSIMRT et QUAVIRIS. Les actions d'amélioration émanant des travaux de groupes de travail, (cellule bientraitance, EOH, pilotes des EPP, soins palliatifs) remontent à la qualitiennne qui en assure la diffusion par mail, courrier, comptes rendus et flash d'information.

Les indicateurs nationaux sont diffusés aux professionnels et au public. La communication de leurs résultats est réalisée en interne comme en externe (site internet).



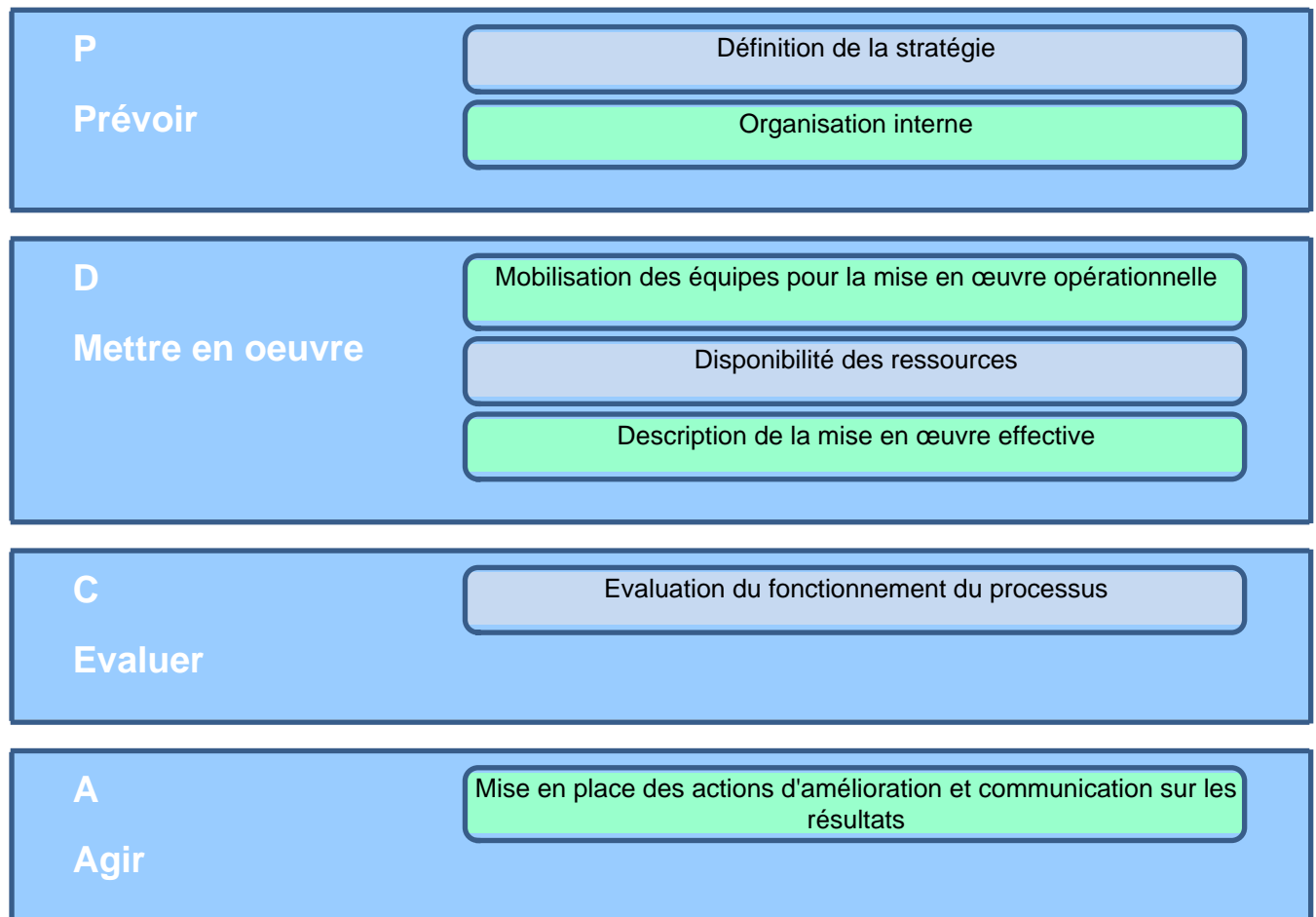
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de La Rochefoucauld en Charente est un établissement public de santé .Il comprend une autorisation sanitaire et médico - social avec des populations à risque infectieux (population gériatrique, EVC ou pauci-relationnel, soins palliatifs ...).

La stratégie relative à la gestion du risque infectieux est élaborée sur la base d'une identification de ses besoins réels et d'une analyse des risques. Elle repose sur un outil d'évaluation régional FORAP, des fiches d'évènements indésirables, des résultats d'indicateurs nationaux et internes, des résultats d'audits de pratiques, des suivis bactériologiques, des retours d'expérience de terrain, une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et des correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux....

En effet, cette grille d'évaluation support établie sur l'évaluation du risque infectieux patient a permis une description exhaustive du processus (en sous processus, étape ,description, acteurs) et son analyse (défaillance, risque, effet, conséquence, criticité, causes).

La hiérarchisation de ces risques a permis d'alimenter le Compte Qualité.

Les objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques issus de cette analyse sont déclinés dans le programme d'actions "Certification V2014 Compte Qualité" en lien avec le CLIN et le QUAVIRIS. Ce programme d'actions complétera le plan d'actions CLIN établi en début de chaque année précisant ses axes de développement, ses objectifs et actions, le pilote, les échéances, l'état d'avancement et les modalités de suivi.... Les ressources et les modalités de suivi sont ainsi bien identifiées.

L'ensemble de cette stratégie est validée par les instances concernées : la CME avec une diffusion en CIRSMT et une présentation à la CDU, au CHSCT et au CLIN.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus parcours hygiène. Le pilotage institutionnel et opérationnel repose sur un groupe commun représenté par le pharmacien et l'infirmière hygiéniste coordinatrice. Les missions "pilote de processus" sont définies au travers des fiches de poste des acteurs concernés. Les fiches de poste ont été actualisées en 2016 pour l'IDE hygiéniste et créées en 2017 pour sa fonction de coordinatrice en hygiène.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectifs, formation...), en ressources matérielles (locaux et équipements...) et en ressources documentaires (protocoles, procédures, dispositif de gestion documentaire ...) nécessaires à l'atteinte des objectifs qui sont fixés.

Le plan de formation de ces trois dernières années a permis de planifier des formations individuelles et collectives pour l'ensemble du personnel en adéquation avec les spécificités des prises en charge de la structure.

Les ressources matérielles répondent aux besoins des professionnels et des patients pour les équipements de protection individuelle, les dispositifs médicaux sécurisés, les produits de désinfection et d'hygiène des mains ...

Un changement de site a permis la réhabilitation dans des locaux architecturaux neufs pour les services de médecine, SSR et EVC facilitant ainsi les circuits d'hygiène et minimisant certains risques infectieux.

La mise à disposition des documents est organisée selon un dispositif de gestion documentaire électronique. La documentation est en cours de réactualisation en concordance avec le cahier de charge de l'ICALIN, des besoins du terrain et des nouvelles évolutions de pratiques selon la programmation du CLIN. Elle est rendue accessible à l'ensemble des acteurs de terrain et regroupe procédures, protocoles ...

Les interfaces sont organisées et structurées entre les membres du CLIN, les professionnels de terrain et les structures ressources concernées (laboratoire, pharmacie, entreprise de nettoyage du linge, service entretien, ...). Le linge plat est confié à un prestataire extérieur ainsi qu'une partie de l'entretien des locaux (locaux communs, premières chambres départ , chambres ESV...).

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

Compte rendu de ses risques et besoins, le management de chaque unité de soins organise la déclinaison de la démarche institutionnelle pour la gestion du risque infectieux en objectifs et plans d'actions opérationnels sur le terrain.

L'infirmière hygiéniste coordinatrice a un rôle prépondérant.

Elle assure, dans chaque service, le relais pour l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre des actions définies au travers des temps d'échanges individuels ou collectifs.

Elle sensibilise les professionnels sur les risques identifiés ou sur les procédures. Elle s'assure du respect des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment l'application des procédures en vigueur.

Une dynamique de terrain impulsée par cette dernière favorise l'implication des professionnels au respect des recommandations, aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, aux signalements des situations à risques infectieux et à l'identification des actions correctives.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources nécessaires en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs d'activités.

Les compétences sont assurées par des qualifications reconnues au travers des diplômes universitaires pour le pharmacien impliqué et l'infirmière hygiéniste.

La formation périodique des professionnels sur le terrain à l'hygiène et à la prévention des risques, des correspondants en hygiène et des nouveaux entrants est organisée. En effet, la formation des correspondants en hygiène est assurée en interne par l'infirmière hygiéniste. Elle assure la capsule formation des « mercredis de La Rochefoucauld » pour les nouveaux étudiants IDE. L'accompagnement des nouveaux arrivants est privilégié avec une ou deux journées de sensibilisation in situ.

Une sensibilisation continue pour une remise à niveau des connaissances est effective par l'infirmière hygiéniste auprès du personnel dans chaque service.

La composition de l'équipe EOH et des correspondants médicaux et non médicaux est bien identifiée. Le pharmacien est référent "antibiothérapie".

Les ressources documentaires sont actualisées et accessibles dans la base documentaire informatisée concernant l'hygiène des locaux, du matériel, du personnel et de l'environnement. Les réajustements de certains protocoles seront impulsés par l'infirmière hygiéniste selon le cahier des charges de l'ICALIN, des besoins du terrain et des nouvelles évolutions de pratiques en accord avec la programmation des actions du CLIN.

Les points phares des comptes-rendus des réunions du CLIN et de l'EOH sont transmis oralement au personnel par l'infirmière hygiéniste coordinatrice. Des documents spécifiques à l'hygiène « flash » sont mis à la disposition des acteurs de soins où sont repris les retours d'audits, les bonnes pratiques, les points d'amélioration...

Des tests en situation concrète sur les risques d'erreurs ont été conduits en 2016 par l'EOH permettant une meilleure prise de conscience des risques infectieux en situation par le personnel avec mise à leur disposition d'un guide intitulé « la chambre des erreurs ».

Des locaux de stockage et les équipements concernant le tri, le transport, le stockage, l'élimination des déchets (DARSI, DAOM...) sont conformes et mis à la disposition des acteurs de soins.

Le matériel de protection selon les postes (masque, charlotte, gants..) est distribué selon les besoins du terrain.

La prévention des AES fait l'objet d'une vigilance renforcée sur la sécurité des professionnels en interne (2 à 3 déclarations AES en 2015 et 2016) avec mise à disposition d'un matériel sécurisé, incitation aux ports de gants, mise à disposition de containers à portée de mains, etc.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La mise en œuvre du programme de surveillance est réalisée conformément au programme du CLIN décliné annuellement.

Ce programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène et de bonnes pratiques sont déclinées dans les unités de soins et pour les différentes catégories de personnel.

Les procédures, les produits utilisés, les modes d'utilisation sont connus et suivis des agents dans chaque secteur.

Les règles de tenue vestimentaire et d'hygiène sont adaptées aux situations de travail et aux différentes catégories des locaux. L'infirmière hygiéniste coordinatrice, les correspondants en hygiène et les membres de l'EOH se réunissent plusieurs fois par an et sont des relais pour diffuser l'information dans les services. Des rencontres ponctuelles avec l'infirmière hygiéniste et le personnel renforcent la coordination des actions et des professionnels. Le signalement des événements indésirables est formalisé et son circuit est connu des professionnels.

La consommation des antibiotiques est suivie.

Une commission des infectieux se réunit 2 à 3 fois par an. Les praticiens prescripteurs peuvent solliciter

le pharmacien notamment sur le choix de l'antibiotique ou la stratégie diagnostique. A ce jour, la prescription de l'antibiothérapie fait l'objet de nouveau paramétrage permettant la mise en place d'une alerte informatisée sur le dossier patient au bout de la 72ème heure.

Un suivi des infections sur l'ensemble de la structure est réalisé en collaboration avec le laboratoire d'analyse médicale qui alerte les praticiens en hygiène et les services de soins si besoin.

La surveillance des BMR est effective.

Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place. Un plan de surveillance bactériologique est organisé pour les prélèvements d'eau (eau à usage alimentaire, eau pour soins standards, eau chaude sanitaire...)

Le suivi de la maintenance du circuit eau est assuré en interne selon une méthodologie définie.

L'entretien des locaux est assuré par une équipe interne et un prestataire externe. Cette prestation fait l'objet d'un cahier des charges et de contrôles réguliers. La traçabilité du bio-nettoyage des locaux est assurée par la conseillère technique hôtelière avec l'infirmière hygiéniste et ce même prestataire. Le CLIN se réunit à fréquence définie au travers de la CME.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'équipe d'hygiène participe à l'élaboration du Plan de Maitrise Sanitaire. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du dispositif de maîtrise des risques infectieux et du bon usage des antibiotiques est réalisée sur la base de nombreux outils de suivi :

- indicateurs IPAQSS,
- indicateurs internes (ex: zéro bijou aux mains et poignets- conformité des ongles),
- indicateurs bilan LIN (ex: suivi des ICSHA , ICATB2...),
- résultats d'audits programmés ( ex: bilan bucco –dentaire en Mai 2015),
- surveillance des bactériémies, infections nosocomiales, suivi des AES,
- EPP (suivi de traçabilité : purge des points d'eau, relevés de températures des dispositifs réfrigérants et températures au moment de la distribution des repas, bonnes pratiques pour les précautions « standard » et pour les « cathéters sous- cutanés...)
- analyse de causes profondes (cas groupes d'infection, bactériémie à SARMR,...).

L'établissement s'inscrit dans le réseau régional du CPIAS Nouvelle Aquitaine et participe aux actions de prévention et de surveillance annuelles.

Des actions correctives sont préconisées suite à ces évaluations. Ces actions sont reprises lors des réunions du CLIN.

Le bilan d'activité annuel, validé par le CLIN et présenté en CME, reprend l'ensemble de ces actions et alimente le plan d'actions.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration préconisées dans le processus gestion du risque infectieux sont intégrées prioritairement dans le programme CLIN et le suivi des actions du compte Qualité.

Le suivi de ces actions d'amélioration peut conduire à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les résultats sont communiqués aux professionnels par diffusion via la messagerie interne et la gestion documentaire, des flashes d'information sur support papier, l'affichage...

Les rencontres inter-professionnelles lors des temps de transmissions et un accompagnement soutenu des équipes par l'IDE hygiéniste favorisent la convergence des connaissances sur cette thématique.

La communication aux usagers est réalisée lors des rencontres avec la CDU. Le partage des connaissances avec les professionnels externes et les partenaires est effectif par la recherche de synergies permanentes et d'interactions inter-professionnelles (participation aux congrès et séminaires du CPIAS Nouvelle aquitaine , présentation de travaux par l'IDE hygiéniste...).



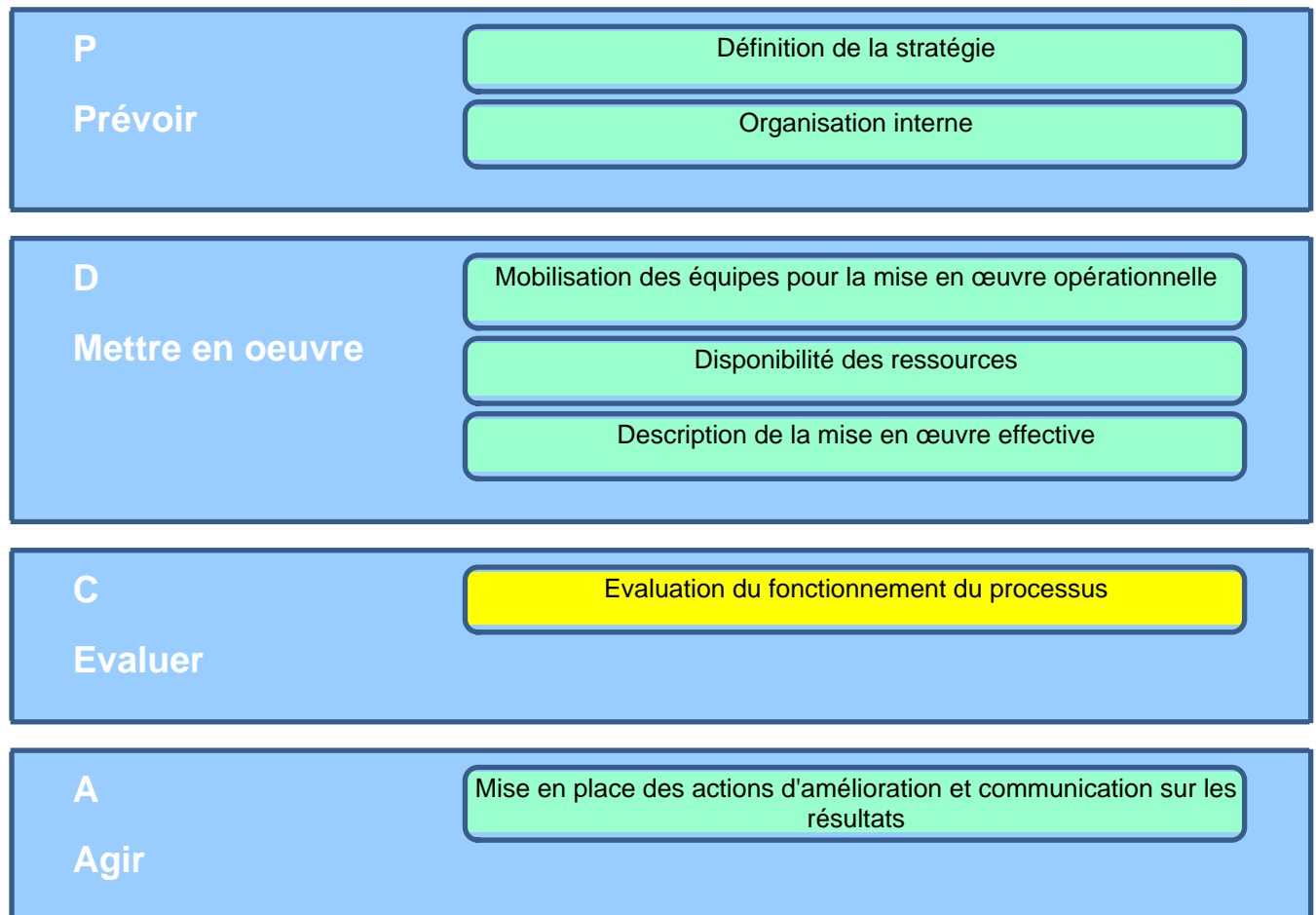
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Le CPOM 2012-2017 pose comme objectif en lien avec la thématique : l'augmentation de la démocratie sanitaire au travers de la CDU. Les droits des patients sont évoqués dans le projet de soins 2013-2017 qui indique vouloir renforcer la réflexion éthique, les droits des résidents et l'accompagnement des personnes en fin de vie. Le nouveau projet d'établissement, destiné à acter les orientations stratégiques de l'établissement qui est en cours de rédaction, intégrera un projet d'accompagnement du patient et reprendra le respect de la bientraitance, de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité.

Néanmoins, au moment de la visite le respect des droits des patients n'est pas inscrit en tant que tel dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le Projet d'établissement 2013-2017 ne comporte pas d'axe stratégique sur les droits du patient.

Au cours de la visite aucun document n'a été remis aux experts visiteurs sur la stratégie institutionnelle du respect des droits et sur les moyens et modalités de l'implication des usagers.

Dans le compte qualité, l'analyse des risques et le plan d'action n'a pas été accompagné d'un engagement déclinant le positionnement stratégique de l'établissement vis-à-vis des droits des patients et de leurs représentants.

Les objectifs d'amélioration de la thématique sont cohérents avec les risques des secteurs d'activités de l'établissement et les recommandations de la certification précédente. Ces objectifs découlent de l'analyse des risques effectués par l'établissement avec l'outil FORAP. Ils se retrouvent dans le programme d'actions qualité et gestion des risques. Les quatre actions d'amélioration prévus concernent la formation aux dommages liés aux soins, l'hospitalisation sans consentement, la mise en œuvre du projet personnalisé et l'information en cas de dommages liés aux soins. Ces risques et actions ont été repris dans le compte qualité. Ce programme a été constitué et validé en CDU en 2017.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus est piloté par la directrice adjointe et la qualitiennne. Une cellule « bientraitance » a été constituée. Elle est composée de deux professionnels « ressource » identifiés et formés. La qualitiennne dispose d'une fiche de mission. Ces pilotes sont en charge de la mise en œuvre du programme.

La CISMRT et la cellule de revue des événements indésirables sont articulées avec l'organisation portée par les pilotes. La CDU est constituée et son règlement intérieur a été validé en février 2017. La CDU est informée de l'organisation définie ainsi que la CSIMRT. La cellule bientraitance organise la mise en œuvre des actions d'amélioration. Il n'y a pas, au moment de la visite, d'articulation avec la CDU, cependant celle-ci est programmée pour 2018.

L'organisation sur les formations des professionnels aux droits des patients est effective avec notamment une journée de formation pluri annuelle mise en place qui, depuis 2015, a permis de former les professionnels à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Cette formation intitulée « les droits des patients » a comme objectifs la place de l'usager, l'amélioration de la prise en soins, la réglementation en matière de droits des patients et son impact. Il est aussi planifié, chaque année, une formation de six jours intitulée « promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance ». Cette formation permet à la cellule bientraitance d'avoir des personnes ressources de proximité sur l'ensemble des secteurs. Il est à noter qu'en 2015 et 2016 un seul agent du secteur sanitaire y a participé. Une formation pluriannuelle intitulée « toucher relationnel » complète ce dispositif. D'autre part la cellule bientraitance organise des temps de partage sur la thématique nommés « Café réflexion éthique ».

Des professionnels de l'établissement bénéficient de formations qualifiantes en lien avec la bientraitance comme la prise en charge de la fin de vie, la stomathérapie, etc... Ces professionnels sont identifiés dans tous les secteurs d'activité. Ils mettent en œuvre des actions participant à la promotion de la bientraitance.

L'établissement adhère au comité d'éthique inter établissement.

La mise en place, en 2016, du GHT a permis la création d'un groupe Bientraitance où les professionnels concernés de plusieurs établissements construisent un projet de soins partagé qui intégrera cette thématique. Une équipe de psychologues complète ce dispositif auprès des patients et de leurs proches si nécessaire. La concertation entre les professionnels médicaux et soignants et entre les différents secteurs d'activité est effective.

Des procédures ont été formalisées sur les signalements maltraitance, le dommage lié aux soins, l'accès à son dossier par le patient, les modalités de transmission des dossiers et de réclamation.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance et de promotion de la bientraitance sont formalisés dans une procédure travaillée par la cellule bientraitance tout comme le dommage lié aux soins, l'accès

au dossier et les modalités d'accueil entourage.

Les professionnels de tous les secteurs bénéficient de guides sur les modalités de mise en œuvre de la personne de confiance et des directives anticipées. Les usagers de médecine et SSR retrouvent ces informations issues d'un travail inter établissements dans le livret d'accueil. La communication sur ces thématiques est complétée par le site internet de l'établissement.

Dans les secteurs d'activité de SSR et de médecine le livret d'accueil est remis systématiquement et un affichage relatif à la CDU est réalisé dans tous les secteurs. On y retrouve l'information en lien avec le respect des droits des patients ainsi que les missions de la CDU. En USLD, les droits et libertés sont déclinés dans le règlement de fonctionnement qui est donné avec le contrat de séjour. Le livret d'accueil pour l'USLD au moment de la visite n'était pas opérant.

L'organisation des plaintes et réclamations est effective par les pilotes du processus tracées dans un registre centralisant l'ensemble de ces réclamations.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La périodicité des réunions de la CDU depuis 2017 est conforme à la réglementation. Les représentants des usagers titulaires sont formés et débutent dans cette fonction. Ils sont demandeurs auprès de l'établissement pour acquérir les connaissances internes nécessaires à leur exercice. Un suppléant, formé également, les assiste.

Les secteurs ont identifié les situations nécessitant une restriction des libertés.

Les projets de prise en charge, les organisations et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. La pratique des cultes est possible. Elle est accompagnée par des bénévoles. Des équipements spécifiques comme des systèmes de détection individualisée où un secteur protégé sur l'USLD accompagne cette mobilisation. Les restrictions de liberté, notamment celles liés à la possibilité de la contention, donnent lieu à une prescription médicale en USLD, même si encore partiellement tracée en termes de réévaluation.

La réalisation dans les secteurs d'activité de temps de concertation pluri professionnelles facilite le partage d'information. Le recueil de la volonté du patient est recherché. Il est tracé dans le dossier patient informatisé lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaire en médecine et en SSR. En USLD les responsables ont engagé une réflexion pour organiser, selon une fréquence établie, la réalisation des projets personnalisés qui au moment de la visite n'était pas systématique pour tous les patients.

Les professionnels sont mobilisés pour rechercher la personne de confiance et les directives anticipées. Les responsables communiquent sur la politique de bientraitance. La notion de bientraitance est acquise par les professionnels.

Les organisations et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les données du patient sont stockées dans des locaux sécurisés. Le système d'information est également sécurisé. La traçabilité de la douleur est encouragée et les professionnels.

Les associations de bénévoles visitent librement les patients. Ils le font en coordination avec les professionnels qui les ont identifiés. Les représentants des usagers sont aussi bénévoles ce qui facilite leur présence dans les secteurs mais qui ne participent pas toujours à leur identification en tant que représentants des usagers nommés.

Les professionnels mettent en œuvre le respect de l'intimité et de la dignité lors des soins, y compris les soins d'hygiène et dans les conditions d'hébergement. Les chambres doubles du secteur USLD sont dotées de rideaux. Des actions de rénovation et d'entretien des chambres et des lieux communs sont organisées dans tous les secteurs.

Le bâtiment neuf de médecine, SSR et EVC ne comporte que des chambres individuelles. Les fenêtres de ce bâtiment sont équipées de stores occultants. En journée, dans ce nouveau bâtiment, les patients alités ou nécessitant des soins doivent fermer les stores pour ne pas être visibles depuis l'extérieur. De ce fait, ils ne profitent pas de la lumière naturelle ni de la vision de l'extérieur. La direction a réitéré plusieurs demandes aux « bâtiments de France » pour pouvoir améliorer cette situation, sans retour positif à ce jour.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les responsables rencontrés proposent aux professionnels, lors de l'évaluation annuelle, la formation « droits des usagers ». Au moment de la visite un nombre important de professionnels avaient suivi cette formation depuis 2015.

L'accueil est personnalisé dans tous les secteurs. La prise en charge de fin de vie et ses dispositifs légaux sont connus des professionnels des secteurs d'activité. Dans les situations qui le nécessitent, le soutien



de l'entourage est organisé par des personnels d'encadrement, soignants et psychologues formés à l'aide aux aidants et aux soins palliatifs. Les familles et les proches bénéficient de cet accompagnement.

Le dossier patient informatisé permet dans tous les secteurs l'utilisation de plusieurs échelles d'évaluation de la douleur adapté aux besoins du patient, ce dispositif a été intégré par les professionnels.

L'EPP contention en cours de réalisation a travaillé sur ce sujet et proposera en 2018 à l'USLD une actualisation du protocole et des outils de mise en place et de communication à l'attention notamment des familles. Ces outils répondront aux spécificités de cette prise en charge dans le respect des libertés des patients.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les soins y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. La gestion de l'incontinence est individualisée et le patient peut disposer d'une gamme élargie de produits facilitant le maintien de son autonomie.

L'organisation des repas est accompagné par les professionnels et adaptée à leurs besoins. Les investigations ont permis de constater que les pratiques professionnelles intégraient dans leur réalisation les notions de prévention de la maltraitance et de bientraitance.

Les secteurs d'hospitalisation, bâtiment et équipements, sont appropriés à l'accès handicapé. Les horaires des visites en médecine et SSR sont adaptés. En USLD les visites sont libres et en hôpital de jour les accompagnants sont pris en charge selon des modalités définies. La signalétique dans tous les secteurs est effective et facilite la circulation des patients et des proches.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommages liés aux soins sont formalisés et opérants. Les professionnels recherchent systématiquement la notion de personne de confiance à l'entrée du patient. Une macro cible est réalisée indiquant si cette disposition a été réalisée par ou pour le patient. Si l'information n'est pas obtenue à l'entrée, elle est recherchée tout au long du séjour. La traçabilité de la recherche de la douleur est effective. Les médecins rencontrés sont impliqués dans cette démarche sur le traitement de la douleur et intègrent pour leurs décisions thérapeutiques les évaluations individuelles de la douleur.

Le patient et s'il y a lieu son entourage participent à la construction et à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. En effet, les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires de la médecine et du SSR, tout comme les temps de transmission pluri disciplinaire le lundi en USLD, permettent la mise à jour des projets personnalisés, par l'apport des professionnels de catégories différentes (médecins, rééducateurs, infirmier, aides-soignants, psychologues,...). Dans le secteur de l'hôpital de jour SSR/Médecine le respect des droits et la promotion de la bientraitance ainsi que la prévention de la maltraitance sont abordés avec les aidants qui bénéficient aussi d'un accompagnement notamment par le biais de groupe de parole. Il existe aussi une réunion mensuelle avec d'autres acteurs extérieurs de la prise en charge de la personne âgée présentant une fragilité dans laquelle l'évaluation de la bientraitance est réalisée. Cette organisation permet le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soins.

Les représentants des usagers ont accès lors des CDU à l'ensemble des lettres d'éloge, aux plaintes et réclamations qui sont anonymisées.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi du processus sont réalisés avec le suivi de quelques indicateurs. Ce dispositif est diffusé via le bilan annuel d'activité produit par la qualitiennne.

Les IPAQSS en lien avec la thématique sont réalisés et diffusés. Leur progression permet de mesurer partiellement l'efficacité du processus. Il existe également des enquêtes de satisfaction sur la restauration.

Les éloges sont colligés et diffusés à la CDU. L'établissement procède à une évaluation des événements indésirables en lien avec le processus. Les plaintes et réclamations sont évaluées et portées à la connaissance de la CDU.

L'évaluation des chutes est intégrée par la cellule bientraitance comme un indicateur concourant à son plan d'actions.

L'établissement a réalisé un audit sur la contention en USLD dans le cadre de l'EPP ainsi qu'une EPP sur les escarres qui ont donné lieu à la réalisation d'indicateurs de pratiques cliniques. La cellule de

bientraitance pose des actions d'évaluation formalisée dans un programme bientraitance partagé avec les pilotes du processus et la CSIMRT.

Néanmoins, les actions d'évaluation périodique en matière de respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage sont partiellement mises en œuvre par l'établissement.

En effet, le questionnaire de satisfaction est évalué tous les ans et les résultats sont communiqués à la CDU mais le taux de retour de 4% limite la pertinence de cette évaluation.

Le secteur USLD ne délivre pas aux patients de questionnaire de satisfaction et par la même n'évalue pas le respect des droits des patients.

Le secteur d'hôpital de jour n'en délivre pas non plus même s'il mène une réflexion pour mettre en place, en 2018, un dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients.

Un Quick Audit relatif à la personne de confiance et aux directives anticipées a été récemment réalisé sur le secteur médecine. L'analyse de cette évaluation au moment de la visite n'était pas réalisée.

La CDU, récemment mise en place, ne s'est pas positionnée sur les modalités d'évaluation du processus.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont mises en place par les responsables des groupes de travail et les cadres au regard essentiellement des conclusions du traitement des événements indésirables en lien avec le processus.

Le bilan annuel d'activité de la cellule de bientraitance établie un suivi de ces actions d'amélioration. Elle a notamment mesuré l'impact sur les pratiques soignantes de la mise en œuvre des actions du toucher relationnel.

Il en est de même pour le groupe démarche palliative qui recense le nombre de réunions « cafés réflexion éthique ». L'EPP projet personnalisé a permis de mettre en évidence les actions d'amélioration requises.

La CDU est informée annuellement du nombre de demandes d'accès au dossier médical et des délais de transmission et de la problématique.

Les pilotes communiquent par mails auprès des responsables.

Les professionnels reçoivent des flashs infos, notamment à l'occasion de la certification V2014, qui indiquent les actions d'amélioration à réaliser sur le processus et pour lesquels l'établissement à évaluer une marge de progression.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

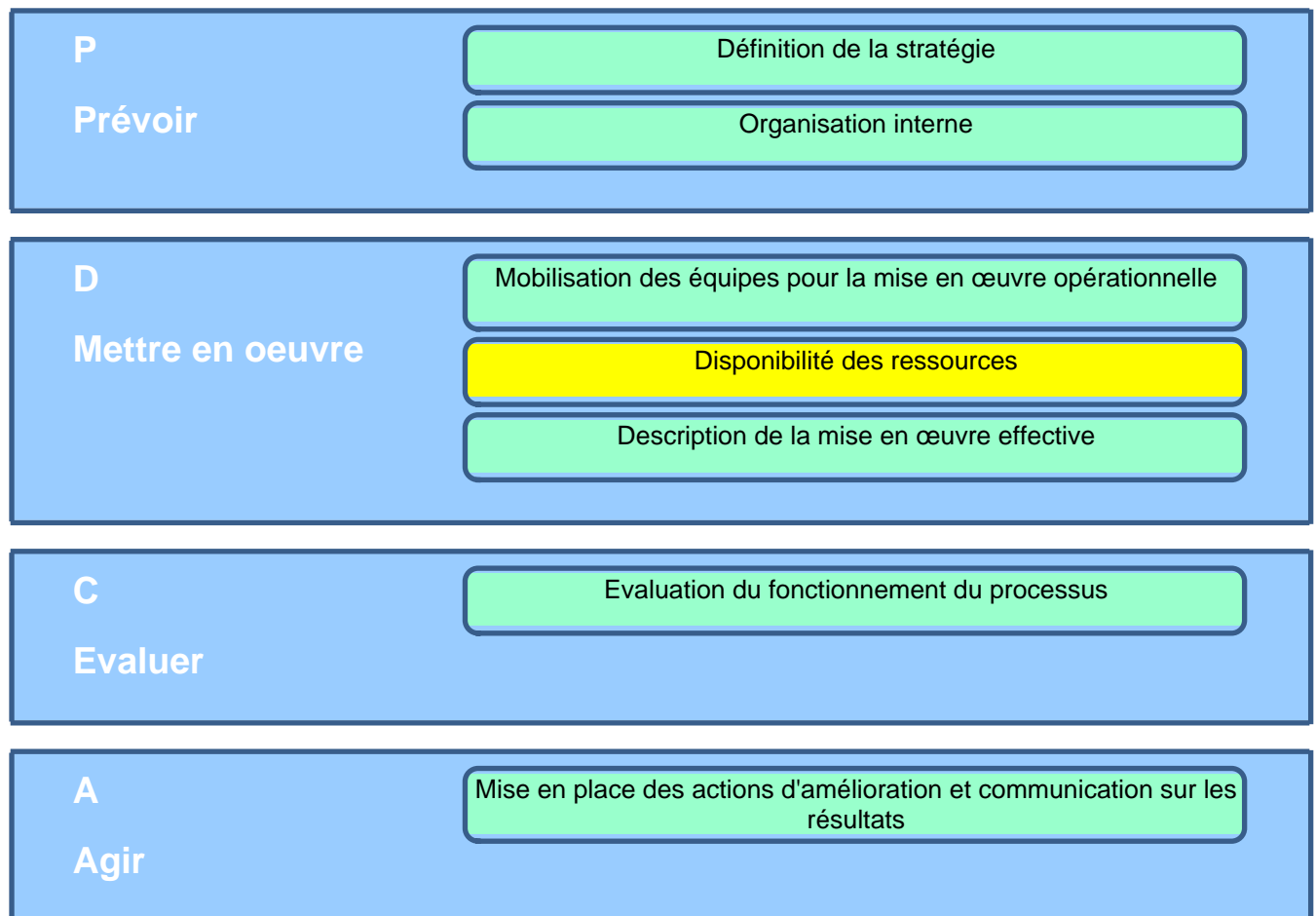
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le centre du Centre Hospitalier de La Rochefoucauld en Charentes est un établissement public de santé en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Angoulême depuis le 01 juin 2016.

Il a pour vocation une prise en charge globale essentiellement gériatrique en médecine et en réadaptation de personnes polypathologiques dans un processus de reconstruction fonctionnelle et sociale.

Il détient une autorisation de médecine avec 12 lits en hospitalisation complet et 3 places en hospitalisation de jour, une autorisation de SSR polyvalent de 42 lits en hospitalisation complète avec 6 lits installés EVC ou pauci-relationnel et 7 places en hospitalisation à temps partiel et une autorisation de 53 lits en USLD. Ce dispositif se complète avec 263 lits d'EHPAD , 42 places de SSIAD et 40 lits de FAM.

La stratégie "parcours patient" est élaborée sur la base d'une identification de ses besoins réels et d'une analyse des risques à partir essentiellement d'un outil d'évaluation régional FORAP, des fiches d'évènements indésirables, des résultats d'indicateurs nationaux, des travaux des instances, des EPP, de 5 patients traceurs test ...

En effet, cette grille d'évaluation support établie sur l'évaluation des risques parcours patient a permis une description exhaustive du processus (en sous processus, étape, description ,acteurs) et son analyse (défaillance, risque, effet,conséquence,criticité, causes).

La hiérarchisation de ces risques a permis d'alimenter le Compte Qualité en lien avec la CME et le QUAVIRIS.

Les objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques issus de cette analyse sont déclinés dans le programme "Certification V2014 Compte qualité".

D'autres axes de développement et d'amélioration sont préconisés dans le projet médical (partie intégrante du projet d'établissement 2013 -2017), dans les bilans d'activité et les programmes prévisionnels de l'année en cours édités par le CSIRMT qui en précisent les modalités de mise en oeuvre (responsables, échéances, modalités de suivi...). Elles tiennent compte des priorités du plan régional de santé, des besoins en région et du CPOM 2012-2017 et ceux dans le respect des exigences réglementaires et budgétaires.

Ainsi l'ensemble de ces objectifs d'amélioration et les mesures de traitement de risques issus de cette analyse sont ventilés dans différents programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnels.

Cette stratégie est validée par les instances concernées, CME et QUAVIRIS. Elle fait partie des temps d'échange par le cadre des services auprès du personnel.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage institutionnel et opérationnel repose sur un groupe commun représenté par un pharmacien, la directrice adjointe, le directeur des soins et un cadre supérieur.

Les missions "pilote de processus" sont définies au travers des profils de poste des acteurs concernés.

Au regard de ses missions et des risques identifiés,l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectifs, formation...), en ressources matérielles (locaux et équipements...) et en ressources documentaires (protocoles, procédures, dispositif de gestion documentaire ...) nécessaires à l'atteinte des objectifs qui sont fixés.

Les plans de formation de ces trois dernières années ont permis de planifier des formations individuelles et collectives pour l'ensemble du personnel, en adéquation avec les spécificités des prises en charge de la structure. L'accompagnement des nouveaux entrants est privilégié en terme de sensibilisation en interne sur des thématiques spécifiques (hygiène, circuit pharmaceutique..).

Les étudiants en soins infirmiers formalisent leur engagement au travers d'une chartre d'encadrement établie entre l'institut de formation et le centre hospitalier. Ils bénéficient des « mercredis de La Rochefoucauld » favoriser des temps de réflexion sur certaines pratiques et participer à des « capsules de formation » en interne pour améliorer leurs pratiques.

Un changement de site a permis la réhabilitation dans des locaux architecturaux neufs pour les services de médecine et de SSR,en parfaite adéquation avec les besoins exprimés de la prise en charge spécifique

et des normes d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

La mise à disposition des documents est organisée selon un dispositif de gestion documentaire électronique. La documentation est en cours de réactualisation (exemple seuls 6 protocoles sur 17 protocoles sur l'organisation de la prise en charge datent de moins de 4 ans) selon l'évolution des recommandations en vigueur malgré des pratiques de soins réajustées conformément aux recommandations actuelles. Elle est rendue accessible à l'ensemble des acteurs de terrain et regroupe procédures, protocoles, etc.

Les comptes-rendus d'instances sont présentés oralement par le cadre du service auprès du personnel.

Les règles de présence et l'organisation des astreintes médicales assurent une continuité des soins 24 heures sur 24. Une présence médicale sur site est assurée le jour par les médecins de l'établissement.

Un dispositif des urgences vitales est mis en place. Chaque praticien médical est joignable dans la journée en cas d'urgence. L'accès à des numéros d'appel est mis à la disposition du personnel pour tous types d'astreintes (médicales, administratives...).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation.

L'interface avec les structures sanitaires ou médico-sociales d'amont est assurée majoritairement par le logiciel "Trajectoire".

Il existe également des échanges interprofessionnels permanents entre établissements de proximité et établissement.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres de santé assurent sur le terrain la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant le parcours patient. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (recommandations, procédures, protocoles...) avec quelques contrôles de conformité. Cette déclinaison repose sur une concertation facilitant l'implication des équipes, notamment dans les services par des temps de communication réguliers et renforcés, des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires...

Une sensibilisation "au quotidien" des professionnels par le cadre est effective sur le terrain lors des temps de transmissions.

Elle est soutenue par des échanges interprofessionnels pour toute modification organisationnelle.

Cette sensibilisation porte également sur l'incitation au signalement des événements indésirables, sur le réajustement de certains protocoles, etc.

Au regard de la taille de la structure, certains membres du personnel sont activement impliqués dans la déclinaison des programmes d'actions dans leur service car ils sont intégrés dans des groupes de travail comme par exemple plaies et cicatrisation, chutes, soins palliatifs ..., ou sont membres de certaines instances comme le CLIN, le CLUD, ... Ainsi, ils peuvent participer aux analyses de pratiques et constituer un relais efficace entre le management de l'activité et sa mise en œuvre.

Les professionnels déclarent les événements indésirables dans une approche partagée d'amélioration des pratiques en relation avec l'équipe qualité sur un support papier.

Ils sont informés des actions correctives qui sont mises en place en cas de besoin suite à ces déclarations et aux évaluations de pratiques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées aux prises en charge des services et du plateau technique.

Les effectifs soignants sont en concordance avec la charge en soins au regard de la spécialité.

Le plan de formation permet le développement permanent en interne des compétences spécifiques à l'activité des différentes spécialités pour tout le personnel soignant.

Il est mis en œuvre soit sous forme de formation individuelle, soit sous forme de formation collective.

Des formations diplômantes sont en cours ces trois dernières années (DUI kinésithérapie et réhabilitation gériatrique, DU relation d'aide par la médiation animale, DU autisme ...).

Les nouveaux arrivants infirmiers bénéficient de leurs "jeunes" diplômes qui valident les compétences aux gestes d'urgence.

Des formations non diplômantes pour promouvoir les compétences collectives sont organisées : droit des patients, démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie, circuit du médicament, cohésion d'équipe, toucher relationnel...

Des journées thématiques renforcent les échanges interprofessionnelles (congrès national de l'animation et de l'accompagnement, hypnose, journée régionale de l'autisme...).

L'ensemble de ce dispositif permet donc la qualification reconnue des personnels.

Les locaux et équipements neufs sont en adéquation avec les évolutions des orientations médicales. Leur aménagement tient compte de la vocation de réadaptation de soins de suite médicalisés, sur une population majoritairement fragilisée.

Des chariots d'urgence ou sacs d'urgence sont présents dans les unités de soins et dans la salle de soins de l'hôpital de jour. Des numéros d'appels des médecins en cas d'urgence sont mis à disposition du personnel au sein de toutes les unités de soins.

Néanmoins, la formation des professionnels à l'utilisation du matériel d'urgence et aux premiers gestes de secours n'est pas assurée. Le personnel titulaire dans l'établissement ne bénéficie pas à périodicité définie des formations AFGSU à ce jour. Un seul agent (préparateur en pharmacie ) a bénéficié de cette formation en 2015. Des formations sont tout de même programmées en 2018 pour former des IDE pour le niveau 2 (6 sessions).

Un plan de suivi et de maintenance des équipements est défini. Il articule les ressources internes et le recours à des contrats externes de maintenance.

La gestion documentaire informatisée rend disponible aux professionnels une documentation partiellement actualisée, en adéquation avec les prises en charge.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le centre du Centre Hospitalier de La Rochefoucauld est organisé en fonction des spécificités de la prise en charge. Les unités de soins mettent en oeuvre les organisations prévues pour son bon fonctionnement et son management interne.

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est effectuée dans les 24 heures dès son admission dans le service, par l'équipe médicale et para médicale. L'évaluation initiale reprend l'histoire de la maladie, ses antécédents, le suivi médical et paramédical et le devenir du patient.

Comme l'attestent les parcours patient traceur réalisés en cours de visite pour les services de l'hôpital de jour et d'hospitalisation complète, toutes les étapes de la prise en charge tiennent compte de cette évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient réévaluée tout le long de la prise en charge. Elle est réalisée en temps réel, accessible à tous les intervenants grâce au dossier patient informatisé et partagé.

Une "macrocible synthèse sanitaire" en médecine et en SSR équivalent du projet thérapeutique est établie dès l'entrée du patient dans le service en hospitalisation complète. Elle sert de support initial pour une réévaluation lors des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaire avec traçabilité de nouveaux objectifs et actions à mettre en oeuvre avec devenir à envisager et focus sur les démarches entreprises.

En USLD, un projet personnalisé en cours de restructuration est réévalué annuellement.

En hôpital de jour, une évaluation gériatrique pluridisciplinaire sur une journée permet l'élaboration d'une synthèse bilan gériatrique qui est systématiquement présenté au patient et qui permet d'organiser les ateliers thérapeutiques. Une révision de ce même bilan est programmée à périodicité définie.

Dans l'unité de 6 lits d'EVC, les réévaluations des projets thérapeutiques se font selon les besoins à ce jour.

Le bénéfice/risque est évalué cas par cas par le médecin.

L'information du patient sur son état de santé, ses examens, ses traitements et sa participation au « projet thérapeutique » est donc effective au regard des capacités cognitives et de compréhension du patient (population majoritairement gériatrique).

Des visites médicales avec le médecin en hospitalisation complète au chevet du patient sont programmées en fonction de l'évolution du cas clinique ce qui permet un suivi médical rapproché du patient.

L'organisation de la prise en charge du patient permet d'assurer et d'adapter de façon optimale la continuité des soins au regard des pathologies rencontrées. Elle tient compte de la spécificité de la prise en charge du patient gériatrique qui reste un axe privilégié de développement, des soins palliatifs et des EVC.

Une check list d'admission SSR /médecine facilite les modalités de cette étape. Un logigramme sur les documents DPI et sur la gestion documentaire spécifique aux différentes étapes de la prise en charge (de l'admission, pendant le séjour, jusqu'à la sortie, en cas de chutes, d'escarres ...) est mis à disposition du personnel soignant afin d'optimiser le contenu du DPI.

La concertation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle autour de la prise en charge du patient est optimisée en hospitalisation complète par des temps de transmissions inter-équipes pluriquotidiens, des synthèses pluridisciplinaires hebdomadaires avec l'ensemble des acteurs de soins.

Durant ces temps d'échanges, le cadre infirmier du service délivre au "fil de l'eau" les informations à ses équipes sur l'organisation de la prise en charge tels que les réactualisation des protocoles, le retour des évaluations des pratiques professionnelles... lors de ces temps de transmissions.

En USLD, les « lundis de La Rochefoucauld » sont organisés hebdomadairement sur une thématique spécifique (médicament, nutrition...) et animés par le personnel du service pour son équipe.

Le dépistage et le suivi nutritionnels sont effectifs avec une prescription médicale des régimes alimentaires selon les pathologies et les facteurs de risques. Une diététicienne est présente. Elle peut assurer le bilan nutritionnel et les conseils éducatifs selon les besoins.

Sur l'ensemble des unités de soins, l'identification et la prise en compte du risque suicidaire sont réalisées par le médecin et l'infirmière au moment de l'admission du patient lors de l'évaluation clinique thymique.

Dans le dossier patient, l'état psychologique du patient est tracé. En cas d'état de vulnérabilité psychique

ou de risque suicidaire identifié lors de ces entretiens, une prise de RDV avec une psychologue est proposée au patient. Depuis peu, en mesure de prévention, les fenêtres du nouveau bâtiment de médecine et de SSR ont été sécurisées. Un protocole sur le risque suicidaire est en cours d'élaboration.

Le port du bracelet est généralisé pour tous les patients en SSR et en Médecine sauf en USLD et en hospitalisation de jour considérés comme lieu de vie. La vérification de l'identité est validée dès l'admission du patient et lors de tout acte diagnostique et thérapeutique.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est opérationnel. La vérification du contenu des chariots d'urgence est tracée périodiquement tous les trois mois. Le protocole sur la gestion du matériel médical a été réactualisé en 2017.

Bien qu'il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé, des actions éducatives sont dispensées par le personnel soignant tout le long de la prise en charge et tout particulièrement sur les thématiques telles que les AVK, les prothèses de hanche, le diabète, etc.

La sortie est anticipée, le cas échéant avec l'aide de l'assistance sociale et d'une infirmière coordinatrice du site et ce, dès l'admission. Le projet de sortie est réajusté en fonction de l'évolution clinique et de l'autonomie du patient. Le jour de la sortie du patient, le compte rendu d'hospitalisation, les ordonnances de sortie, les fiches de liaison, la planification des examens et RDV sont transmis à l'établissement relais ou remis en mains propres au patient pour assurer une parfaite continuité des soins.

Comme le confirme l'IQSS recueillis en 2015, le compte rendu d'hospitalisation est rédigé majoritairement le jour même par le médecin référent du patient.

La CME, la CSIRMT et le QUAVIRIS se saisissent régulièrement des divers aspects du processus parcours patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus patient sont assurés régulièrement par l'établissement sur la base d'outils identifiés :

- indicateurs IPAQSS,
- questionnaire de satisfaction en hospitalisation complète sauf en hospitalisation de jour où le questionnaire de satisfaction est en cours d'élaboration,
- indicateurs hôpital numérique,
- indicateurs internes à l'établissement (zéro bijou aux mains et aux poignets- conformité des ongles, taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions...),
- indicateurs de suivi sur la prévention et soins d'escarres et plaies complexes, sur la démarche palliative, sur le dispositif de prévention des chutes...
- suivi des événements indésirables,
- patients traceurs test,
- suivi des différents PAQ "parcours patient",
- suivi du compte qualité,
- tableau de suivi des EPP.

La majorité des EPP, présentée sur le tableau de bord concerne l'ensemble des activités du site dont MCO, SSR, SLD, sont en état d'avancement de niveau 4. Certaines ont démarrés dès 2008. Un réajustement de certaines EPP ont permis d'évaluer de nouvelles thématiques (telles que les précautions complémentaires, l'état des lieux de la démarche palliative au CH de La Rochefoucauld, la prévention des infections sur cathéter sous cutané...). La thématique d'évaluation sur la pertinence des soins reste encore peu développée.

Les évaluations sont exploitées, elles alimentent les différents programmes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et le compte qualité.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration préconisées dans le processus parcours patient sont intégrées dans les différents programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Certaines de ces actions d'amélioration sont spécifiques au compte qualité, d'autres sont incluses dans les bilans d'activité du CSIRMT.

Le suivi de certaines de ces actions d'amélioration, ventilées sur ces différents plans d'amélioration, peut conduire à réexaminer certains risques identifiés afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.



Les résultats sont communiqués aux professionnels par diffusion sur le portail de la gestion documentaire, la messagerie interne avec une fonction d'alerte pour rappels des bonnes pratiques, les journaux mensuels et trimestriels , les « incontournables de la Certification V2014 » et par affichage.

Les rencontres interprofessionnelles lors des temps de transmissions, des staffs pluridisciplinaires dans les services, et les instances, favorisent la convergence des compétences sur la prise en charge.

La communication avec les professionnels externes et les partenaires est effective par un travail de collaboration de proximité et des interactions interprofessionnelles. En effet, des conventions sont signées avec les établissements de proximité sanitaires tels que le CHU Angoulême, le CHS Camille Claudel, la HAS Santé Service ... De même, des conventions sont aussi établies avec les filières médico-sociales telles que les EHPAD d'Aigre et Chalais.

Une convention avec les prestataires médicaux libéraux est établie avec l'Association des médecins de la maison médicale de garde. Le conseil départemental de Charente participe à la coordination du service de l'action gériatrique territoriale avec le centre hospitalier de La Rochefoucauld en collaboration avec le réseau gériatrique du pays d'Angoumois. En effet, une réunion de coordination pluri-disciplinaire basée sur le volontariat est organisée depuis peu mensuellement sur le Pays d'Horte et Tardoise au CH de La Rochefoucauld avec les différents partenaires externes (SSIAD, HAD, EHPAD, réseau gériatrique, Maya...) pour étudier les situations complexes de certaines prises en charge et développer une culture gériatrique commune pour faciliter le parcours de la personne âgée et renforcer son accompagnement.

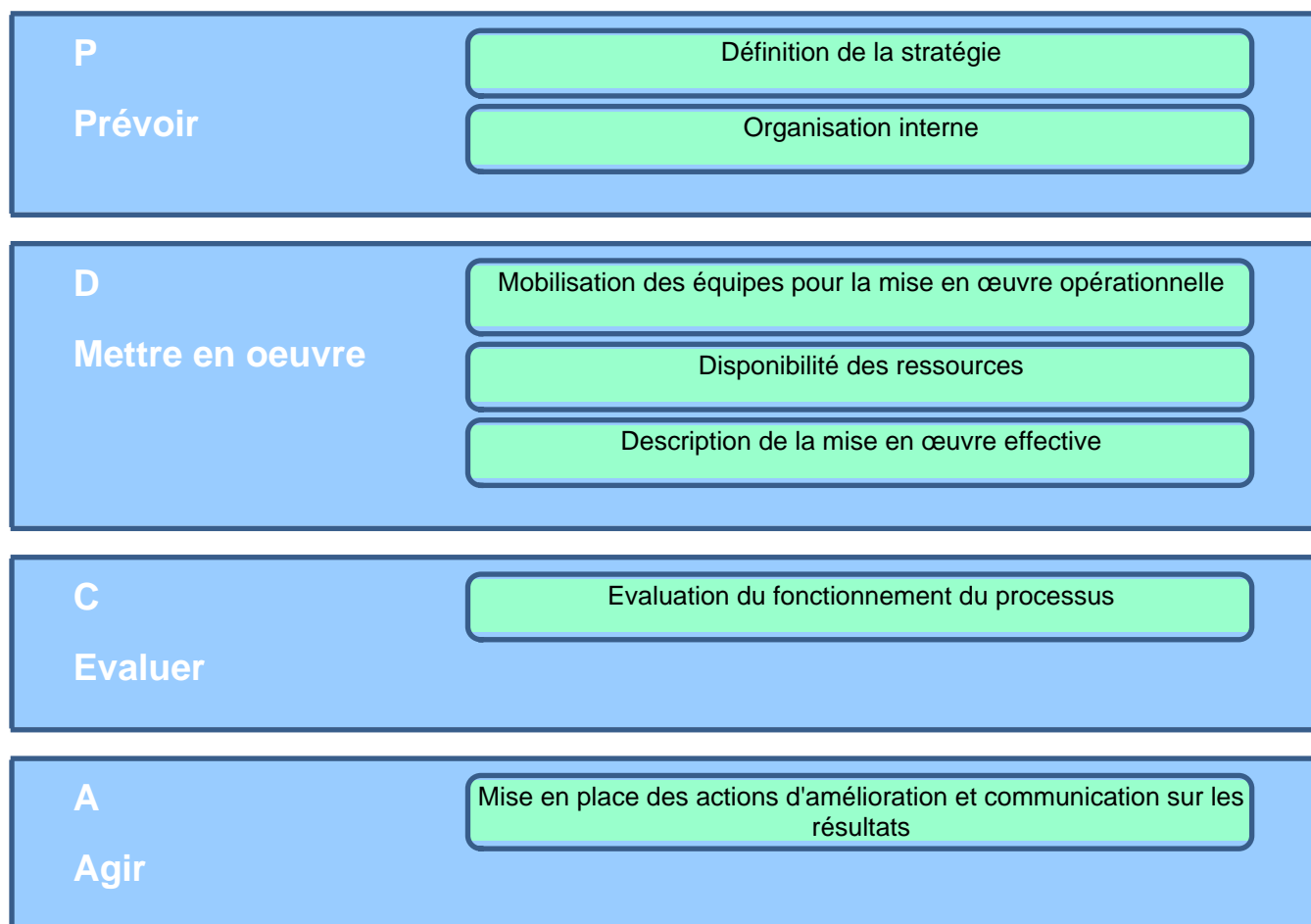
# DOSSIER PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH de la Rochefoucauld a défini sa stratégie de développement et d'amélioration du dossier patient informatisé. Elle est basée sur les besoins et les risques identifiés à partir de l'exploitation des événements indésirables, les textes règlementaires, et les demandes d'amélioration des professionnels de terrain au regard des différents acteurs/métiers.

Cette stratégie est déclinée au niveau d'un PAQ géré par le groupe de travail DPI et au niveau des différents tableaux du PAQSS institutionnel (Tableau V2010, tableau Compte Qualité et tableau Signalement des Evènements Indésirables). Le Compte Qualité reprend les principales actions identifiées et priorisées. Les documents ont été validés en QUAVIRIS et en CME.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus dossier patient via un groupe de professionnels et d'un cadre de santé pilote du groupe. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de « mission référent DPI ».

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (référents par service identifiés, formation des professionnels sur le logiciel dossier patient à périodicité définie, formation des nouveaux personnels par tutorat et documents dédiés), les ressources matérielles (équipements adaptés en PC et ordinateurs nomades, maintenance du système et externalisation de l'hébergement avec double sauvegarde journalière) et les ressources documentaires (différentes procédures et formulaires sur le dossier du patient jusqu'à son archivage).

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est définie et formalisé via une procédure.

Enfin, l'organisation en cas de panne informatique a été définie via une procédure dégradée.

Le dossier étant informatisé, les habilitations des professionnels sont gérées et les droits d'accès définis dans une procédure.

La gestion des interfaces est organisée formellement via le groupe DPI et les référents afin de faciliter le travail de terrain.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, l'établissement a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle en actions d'amélioration sur le terrain, via le groupe DPI et les référents paramétreurs dans chaque unité.

Les responsables et les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les responsables et les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, en particulier au regard des fiches d'évènement indésirable sur le DPI.

Les professionnels des différents secteurs sont impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle de l'amélioration des pratiques autour du DPI.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont bien identifiées : cadre de santé pilote du groupe DPI, référents paramétreurs, informaticien, technicienne d'information médicale, Assistante Médico-Administrative, etc...

Les professionnels ont été formés à l'utilisation du dossier patient informatisé lors de son installation en 2014, et depuis les formations sont déclinées à périodicité définie pour l'ensemble des utilisateurs.

Des documents d'aide à la prise en main du logiciel sont remis pour tout recrutement.

Pour les intérimaires, il est remis un dossier dématérialisé pour mieux appréhender l'outil.

Un manuel utilisateur du logiciel dossier patient a été mis à disposition dans la gestion documentaire partagée.

Un logigramme sur l'ensemble des documents composants le DPI a été diffusé pour une vision d'

ensemble de la prise en charge, de l'admission jusqu'à la sortie du patient.  
Enfin, les référents paramétreurs sont des « tuteurs » effectifs et des personnes ressources dans les différentes unités.

Le dossier papier simplifié avec les plans de soins des sept derniers jours est conservé en cas de panne informatique.

Le dossier papier permanent est composé d'une partie médicale, avec une pochette comptes rendus, courriers et documents trajectoire et une pochette avec examens complémentaires, ECG et biologie, et d'une partie soignante. Ces deux parties sont regroupées à la fin du séjour pour archivage.

D'autres documents/outils sont mis à disposition des professionnels, en termes de procédures : « Règles de bonne utilisation du dossier papier et informatisé » (droits d'accès, modalité d'utilisation, mode dégradé, clôture et archivage), archivage des dossiers patient, charte d'accès et d'usage du système d'information...

Ainsi les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées en termes de responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, et archivage.

Pour les usagers, l'établissement a également formalisé la procédure d'accès au dossier patient, même si elle fait encore référence à la CRU, avec un formulaire de demande d'accès.

En termes de matériel, les unités disposent toutes d'ordinateurs nomades et de postes informatiques fixes.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion et tenue du dossier patient.

Le dossier informatisé permet à tout professionnel intervenant dans la prise en charge du patient, d'accéder à l'ensemble des informations le concernant, dans la limite des droits d'accès par métier. La procédure « Règle de bonne utilisation du dossier patient informatisé » précisent l'organisation mis en place autour du dossier.

Le dossier administratif est constitué par l'agent des admissions sur un logiciel dédié, directement connecté en passerelle au logiciel du dossier médical. Les documents administratifs (CNI, carte vitale et carte de mutuelle) sont photocopiés et la carte d'identité est scannée pour une vérification de l'identité possible à tout moment.

Tout au long du séjour, chaque professionnel intègre en continu les informations nécessaires à la continuité des soins. Les professionnels utilisent tous les « cibles » comme moyen de traçabilité parlante et partagée par tous les métiers intervenant.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est assurée en temps utile dans le dossier du patient par les différents intervenants soignants.

D'autre part, cette organisation permet d'assurer la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués pour assurer la prise en charge du patient et avec les correspondants externes.

Des alertes sont envoyées aux médecins si nécessaires (avis pharmaceutique par exemple). De nombreux « Ecrans Bilans Mesure » spécifiques permettent une adaptation du dossier au plus près des besoins et en termes de pratiques professionnelles.

A la sortie du patient, en application de la procédure « archivage des dossiers patients », les éléments qui n'ont pas été remis au patient sont regroupés dans une enveloppe kraft pour archivage dans des locaux dédiés au premier étage d'un bâtiment classé « historique », mais sécurisés à la fois en termes de risque incendie et à la fois en termes d'accès, puisque accessibles qu'à certaines personnes habilitées (secrétaires médicale et TIM).

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier via le livret d'accueil.

Néanmoins, l'accès du patient à son dossier n'est pas systématiquement assuré dans les délais définis par la réglementation. En effet, le délai moyen d'accès au dossier de moins de cinq ans est bien supérieur à 8 jours.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la gestion et de la tenue du dossier patient via :  
- des audits et EPP comme les écrans Bilans Mesure (EBM) du dossier informatisé

- des patients traceurs  
- des analyses des requêtes faites au concepteur de logiciel  
- le suivi des fiche d'événements indésirables sur la thématique dossier patient en lien avec la traçabilité dans le dossier  
et suit les indicateurs IPAQSS règlementaires et hors protocole.  
Quelques indicateurs quantitatifs sont suivis par le groupe de travail DPI, dont le nombre de formations réalisées par les « paramétreurs ».

Enfin, l'établissement évalue également les délais de transmission des dossiers aux patients, avec un indicateur quantitatif.

## **A / AGIR**

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

L'établissement a mis en place des actions d'amélioration en lien avec le PAQSS, comme l'optimisation de l'archivage des dossiers médicaux et l'amélioration de l'usage du dossier patient informatisé.

Les différentes évaluations réalisées par le groupe DPI ont également permis une avancée sur l'amélioration des pratiques, en particulier sur les transmissions ciblées, la macrocible entrée, et le dossier spécifique plaies/escarres.

Néanmoins, la CDU n'est pas informée à chaque réunion plénière du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des plans d'actions mis en œuvre. En effet, les PV de CDU diffusés en 2017, depuis sa création, ne comportent pas les informations et retours attendus, et en particuliers sur les actions d'améliorations mise en œuvre et les indicateurs suivis sur le dossier patient. Seul le rapport annuel a été présenté en juin et il ne comporte pas de présentation d'actions d'amélioration. Ce constat a été confirmé par la rencontre avec les représentants des usagers.

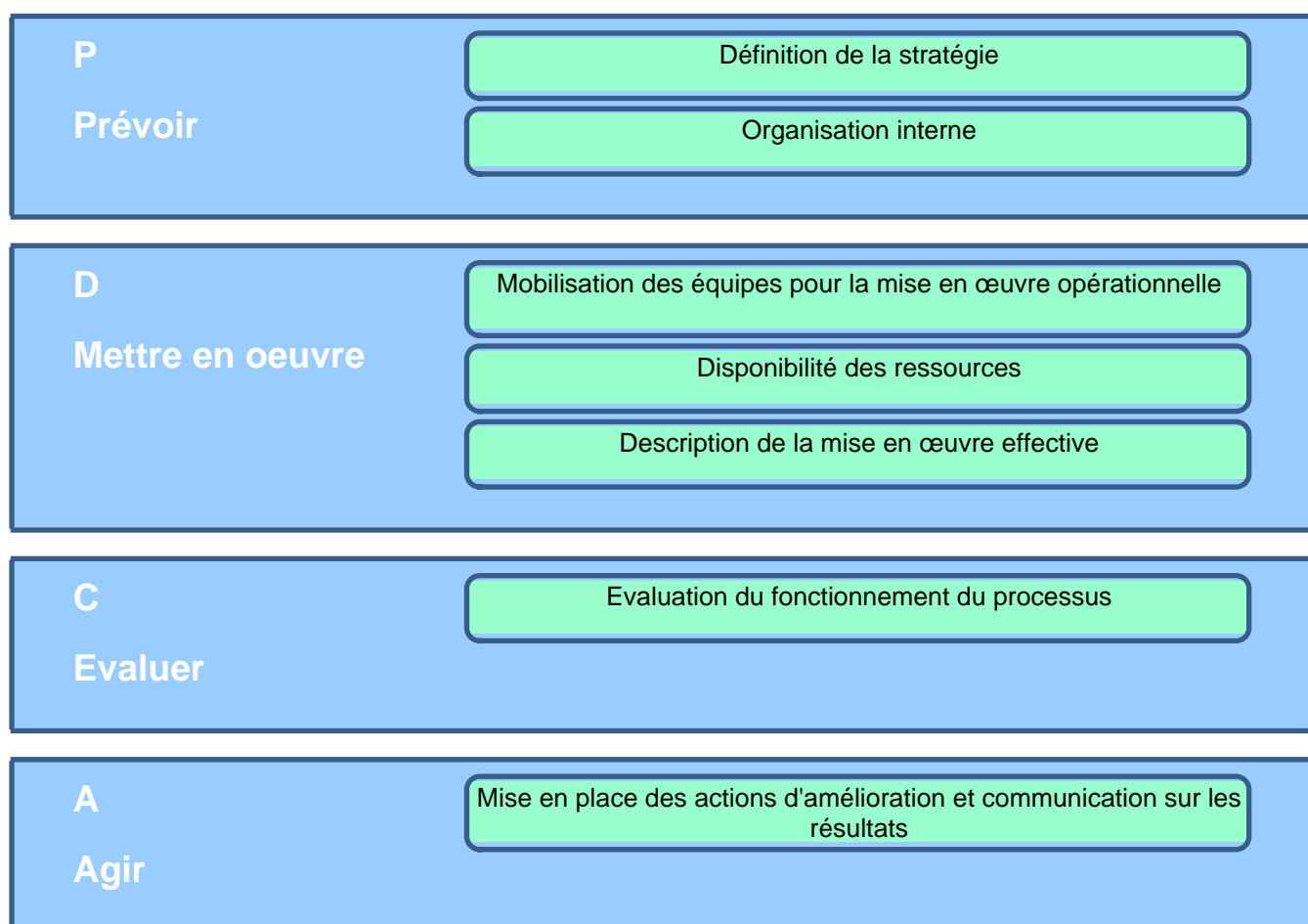
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du CH de la Rochefoucauld a été élaborée en 2013 et constitue un axe stratégique de la politique qualité et gestion des risques (Projet d'établissement 2013-2017) avec une attention particulière portée sur les populations les plus vulnérables, notamment les personnes âgées, pour diminuer la iatrogénie médicamenteuse. Elle a été validée en QUA VIRIS et en CME.

D'autre part, le Projet de Soins Partagé du GHT mentionne un volet commun sur la sécurité du circuit du médicament et le Projet Médical Partagé du GHT mentionne un volet sur la prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées par le pharmacien et la qualitiennne, qui ont également sollicité, pour certaines questions, des cadres de santé et des médecins. Ce travail a été réalisé à partir de l'exploitation structurée de plusieurs données, dont : le contexte règlementaire, les résultats de la V2010, la cartographie des risques médicamenteux via l'outil Archimed, les fiches de signalements d'erreurs médicamenteuses, les grille FORAP et les résultats des audits internes et des EPP.

La cotation de la HAS a été utilisée sur la criticité ainsi que le niveau de maîtrise. Cette analyse a permis de cibler les risques prioritaires à intégrer au compte qualité.

Les actions sont déclinées dans les différents tableaux du PAQSS institutionnel (Tableau V2010, tableau Compte Qualité, tableau Signalement des Evènements Indésirables, tableau EIG, et tableau ARCHIMED, même si, pour la plupart, sans modalités de suivi identifiées).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus, avec le pharmacien, Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse et la qualitiennne. Les rôles et missions permanentes du pharmacien sont formalisés dans deux fiches de mission, l'une spécifique à la Responsabilité du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, l'autre sur ses missions de pharmacien responsable de la PUI.

L'organisation de la mise en œuvre repose sur un COMEDIMS pluridisciplinaire ouvert aux infirmières.

Au regard de ses missions, le pharmacien à temps plein gère quatre préparateurs en pharmacie.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est effective. Un pharmacien remplaçant sous contrat permet les remplacements de congés du pharmacien titulaire. Il existe dans chaque unité, une dotation de médicaments révisée annuellement et un tiroir spécifique de dotation pour besoins urgents. Enfin, cette organisation est complétée par une procédure de « dispensation exceptionnelle en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie » qui permet un dépannage à la pharmacie du CH d'Angoulême en dernier recours.

Une liste des médecins prescripteurs habilités a été formalisée avec signatures ; chacun d'eux possède des identifiants et mots de passe, car l'informatisation de la PEC médicamenteuse est complète.

En termes de gestion documentaire, l'établissement a mis à disposition des professionnels des procédures et protocoles en lien avec le circuit du médicament sur le dossier partagé.

Enfin, un livret thérapeutique, validé par la CME, est à disposition des prescripteurs via le logiciel dossier patient.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments à risque sont définies.

La gestion du traitement personnel est protocolisée, et la continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus.

Les règles et support de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs, et des outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels sous forme informatique.

La gestion des interfaces est organisée et facilitée par la taille de l'établissement qui permet la concertation directe entre professionnels. Un intranet et une boîte mail permettent également les échanges entre le pharmacien, les cadres, les médecins et les professionnels de terrain.

**D / METTRE EN OEUVRE**

## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, l'établissement a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle, en plusieurs plan d'actions opérationnels, même si pas encore bien connus des professionnels de terrain. Cette déclinaison repose sur le travail du COMEDIMS, du QUAVIRIS et des équipes pluridisciplinaires des différents secteurs d'activité. Le pharmacien et les cadres de soins favorisent l'implication des équipes, notamment par des informations régulières via des notes de service spécifiques aux médicaments, des posters de bon usage et des informations orales lors des transmissions ou des réunions dédiées. Le pharmacien et la qualitiennne s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues via des audits.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La PEC médicamenteuse bénéficie d'une informatisation complète. Les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge médicamenteuse ont été mises en place, avec des postes informatiques fixes dans les bureaux et salles de soins, et des postes nomades pour l'administration. Les ressources humaines sont également en place avec un préparateur référent par unité. Les locaux de la pharmacie centrale sont conformes et sécurisés. L'accès à la pharmacie est règlementé et celle-ci n'est accessible que par les professionnels habilités. Les transports se font dans des caisses sécurisées.

Les chariots de distribution avec piluliers journaliers sont également sécurisés en médecine, SSR et SLD. Les armoires de médicaments sont bien sécurisées dans les salles de soins de médecine, SSR et HDJ. Chaque unité possède des coffres sécurisés pour les stupéfiants et des réfrigérateurs dédiés aux médicaments avec traçabilité effective de la température et de l'entretien.

Néanmoins, les modalités assurant la sécurisation des médicaments n'est pas effective dans toutes les unités. La sécurisation des armoires en SLD n'est pas assurée. Les portes des deux armoires de médicament de cette unité sont cassées, et celles-ci restent ouvertes en permanence dans un local censé être sécurisé par deux portes dotées de digicodes, mais parfois non refermées par les professionnels, comme constaté pendant la visite. L'achat de nouvelles armoires pharmacie en USLD a été priorisé en 2018 au Programme Pluriannuel d'Investissements.

L'établissement a mis en place des actions de formation aux risques liés au circuit du médicament, dont une partie concerne les erreurs médicamenteuses.

Cependant, les actions de sensibilisation et formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas totalement effectives. Seuls 20% des IDE et 5% des AS (en SLD) ont été formés aux risques d'erreurs médicamenteuses en trois ans. Toutefois, les erreurs médicamenteuses son bien déclarées avec analyse et retour d'expérience, et des formations sont prévues en 2018.

Les professionnels disposent de différents documents liés au circuit du médicament sur un fichier informatique dédié partagé. On y retrouve les règles de prescription, de préparation des piluliers, d'administration, de gestion des produits stupéfiants, de gestion des traitements personnels des patients, les recommandations en matière de bon usage des formes orales sèches : écrasement des comprimés et les modalités de gestion des périmés.

Enfin, le livret GERAMED 2 : recommandations pour « Adapter la prescription et l'administration des médicaments à la personne âgée », a été mis à disposition des professionnels.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont mises en œuvre. L'indicateur (IPAQSS) « rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » confirment ces modalités de mise en œuvre, de même que l'indicateur HN Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés.

L'analyse pharmaceutique à priori du traitement complet des patients est effective en lien avec la biologie et avec messages écrits entre pharmacien et médecins si nécessaire.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, avec prise en compte du traitement personnel par le médecin qui fait l'admission. Le traitement personnel bénéficie d'une procédure spécifique, connue des professionnels.

La dispensation des médicaments est nominative pour l'USLD et l'EVC. Elle est en dotation globale pour les services de médecine et de SSR. Dans ces unités, c'est l'IDE de nuit qui prépare les piluliers journaliers à partir de l'armoire de dotation du service et de la prescription informatique.

Tous les médicaments sont identifiables dans les piluliers journaliers, puisque reconditionnés si besoin en sachets individuels étiquetés machine.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont respectées en termes d'hygiène, de sécurisation et de chaîne du froid dont les médicaments à risque, qui bénéficient d'une liste spécifique et de stockage avec alerte visuelle (boite rouge pour le chlorure de potassium par exemple).



Les stupéfiants bénéficient d'une organisation propre, avec stockage et procédure dédiés.  
La vérification des périmés est réalisée à périodicité définie.  
Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, avec des échanges réguliers en direct du fait de la taille de l'établissement.

La traçabilité de l'administration du médicament est effective et en temps réel. L'identification du patient est facilitée par la présence de sa photo dans le logiciel.

Des informations sur le bon usage des médicaments sont délivrées oralement aux patients, par les médecins et les IDE. Pour certains médicaments, un livret est remis au patient (AVK). En HDJ, les infirmiers vérifient la bonne observance du traitement du domicile.

Enfin, le pharmacien effectue des revues de prescriptions en USLD, avec les médecins, dans l'objectif de diminuer la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place des évaluations et assure le suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs.

L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse repose à ce jour sur :

- L'audit ARCHIMED sur le circuit du médicament réalisé régulièrement
- L'EPP CONCORMED (concordance entre le contenu du pilulier et la prescription médicale)
- L'évaluation MIPA (Médicament Inapproprié chez la Personne Agée)
- Les visites annuelles « qualité du stockage des médicaments »

Et le suivi d'indicateurs retrouvés dans le bilan d'activité de la pharmacie, dont entre autres :

- Le taux de consommation des antibiotiques
- Le nombre d'ordonnances analysées
- Le nombre d'avis thérapeutiques
- Le taux d'acceptation des avis thérapeutiques
- Le nombre de visites annuelles réalisées dans les unités
- Le nombre d'informations (recommandations de bonnes pratiques et bon usage) effectives dans les unités de soins
- Le nombre d'alertes de pharmacovigilance traitées.

Le recueil et l'analyse des fiches de signalement d'évènements indésirables sur le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses, sont assurés via des fiches papier.

Des CREM (Comité de Revue des Erreurs Médicamenteuses) sont réalisées deux fois par an sur les erreurs médicamenteuses depuis 2014.

## A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre, comme par exemple le poster sur les trois règles d'or lors de l'administration des médicaments et la conduite à tenir en cas d'erreur, la fiche de bon usage des AVK, l'élaboration du calendrier de visite annuelle d'inspection des pharmacies dans les services, etc...

La communication des résultats et actions est réalisée en interne auprès des professionnels par les cadres de santé et par le pharmacien, soit par notes spécifiques du pharmacien, soit lors de réunions ou encore lors des transmissions.