



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE

**9 rue fougères
35560 Antrain**

MARS 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	
Adresse	9 rue fougères 35560 Antrain
Département / région	ILLE-ET-VILAINE / BRETAGNE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	350048518	CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	9 rue de fougères 35560 ANTRAIN
Etablissement de santé	350000444	CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	9 rue fougères 35560 Antrain
Etablissement de santé	350000360	CENTRE HOSPITALIER VICTOR ROUSSIN	5 rue victor roussin 35460 Saint Brice En Cogles

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	12	/
SSR	SSR	66	10

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de Direction commune entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, l'EHPAD de Saint-Georges-de-Reintembault, l'EHPAD et le Foyer de Vie de Tremblay. Convention cadre de coopération entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et le Centre Hospitalier de Fougères. Convention entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes.

Convention de filière gériatrique du Pays de Fougères.
 Convention de coopération entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et le Centre Hospitalier Guillaume Rénier.
 Convention de télémédecine plaies chroniques (téléconsultation, téléassistance, télé-expertise) entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et le Pôle Saint-Hélier.
 Convention de coopération inter-hospitalière Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique.
 Convention d'adhésion au GCS CAPPs Bretagne.
 Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire e-santé Bretagne.
 Convention constitutive du groupement de commandes USSIVA.
 Convention constitutive groupement de coopération sanitaire "achats santé Bretagne".
 Convention relative à l'activité partagée d'un praticien hospitalier hygiéniste entre les Centres Hospitaliers de Vitré et Fougères et les Hôpitaux Locaux de la Guerche de Bretagne, Antrain et Saint Brice en Coglès
 Convention de coopération entre le CHU de Rennes et le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne en matière de maîtrise du risque infectieux.
 Convention constitution du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Bretagne
 La convention de direction commune entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne,, l'EHPAD de Saint-Georges-de-Reintembault, l'EHPAD et le Foyer de Vie de Tremblay n'existe plus, l'ensemble des établissements ayant fusionné au 1er janvier 2017.
 Une nouvelle convention de direction commune a été conclue entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et l'EHPAD et le Foyer de Vie de Bazouges la Pérouse au 1er avril 2017.
 Le CHMB bénéficie de l'intervention de médecins MPR dans le service de SSR spécialisés grâce à une convention de mise à disposition avec le Pôle saint Hélier.

Regroupement / Fusion	Fusion par absorption au 1er janvier 2017 entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, l'EHPAD de Saint-Georges-de-Reintembault et l'EHPAD et le Foyer de Vie de Tremblay.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Reconversion de 5 lits d'hospitalisation complètes en 5 places d'hospitalisation à temps partiel du service SSR locomoteurs depuis janvier 2015. Reconversion d'activité de SSR locomoteurs en SSR neurologique à temps complet et à temps partiel depuis novembre 2015.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Gestion du risque infectieux

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	H ou F	SSR HDJ - site Antrain	Affections appareil locomoteur	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en HDJ	SSR
2	Patient âgé	Service de Médecine gériatrique - site Antrain	fragilités/ dépendance	programmée	1 patient(e) pec en Médecine gériatrique	MCO
3	Patient âgé	SSR personne âgée - site St Brice	A définir	mutation ou transfert	polypathologique, complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

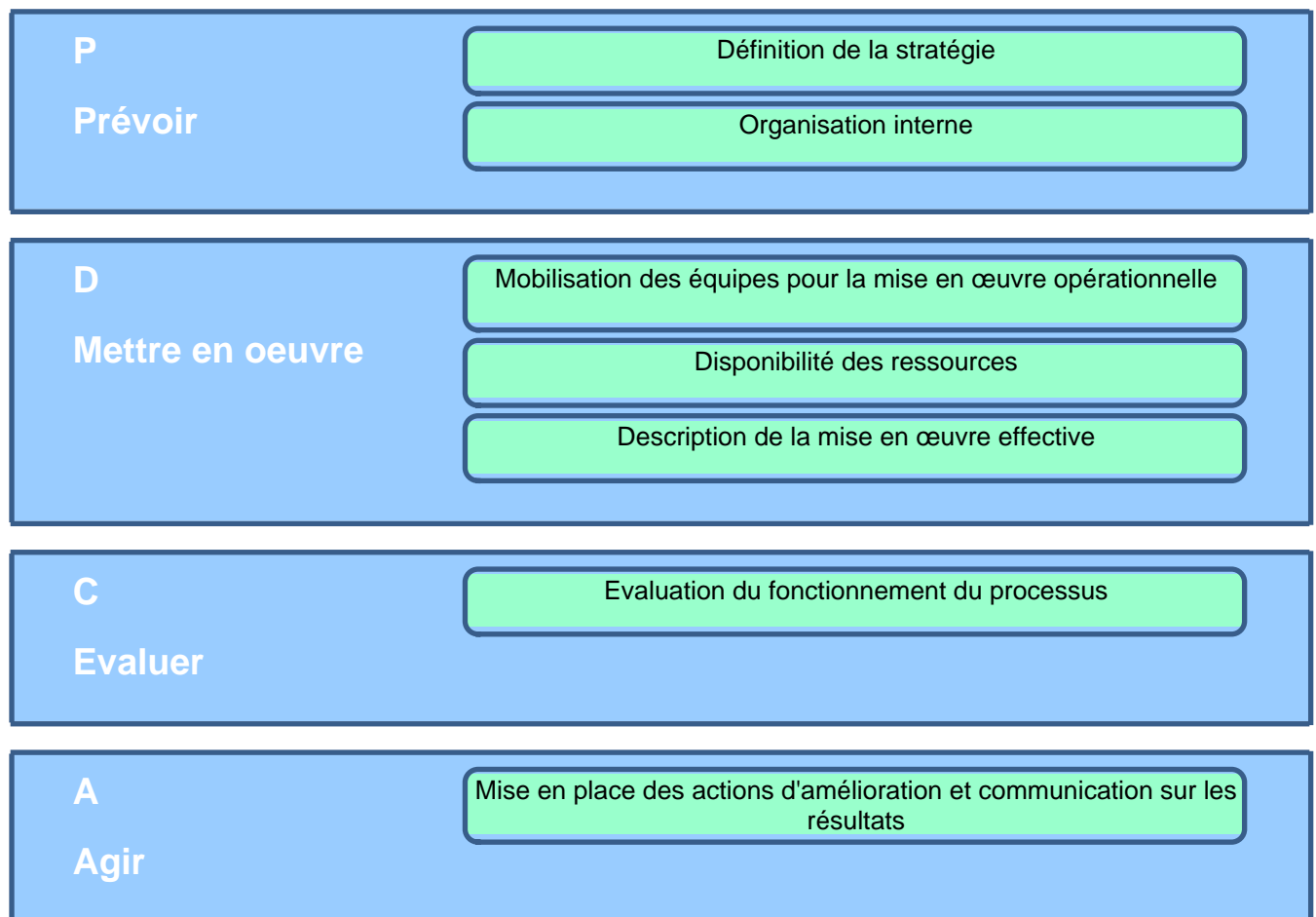
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de management de la qualité et gestion des risques est inscrite dans la politique qualité et gestion des risques 2016/2020. Le projet d'établissement comporte également un volet qualité et gestion des risques. Ces orientations ont été définies de façon concertée dans le cadre de plusieurs groupes de travail pluri professionnels. La CME a été associée et les représentants des usagers ont également été partie prenante.

L'identification des besoins prend en compte différentes données : les objectifs fixés par le CPOM, la réglementation, les orientations nationales et régionales pour la sécurité du patient, les enquêtes et évaluations, les indicateurs nationaux, les événements indésirables et les analyses de risques. Elle prend également en compte les besoins spécifiques de la population accueillie.

Le projet d'établissement a été diffusé à tous les professionnels sous la forme d'un livret synthétique.

La politique qualité et gestion des risques comporte 6 axes prioritaires :

- Placer l'usager au cœur de sa prise en soins ;
- Coordonner la gestion des risques ;
- S'engager en faveur du développement durable ;
- Favoriser l'appropriation de la démarche qualité par l'ensemble des professionnels ;
- Promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- Soutenir la qualité de vie au travail.

La politique EPP est également formalisée et énonce des objectifs organisationnels pour 2016/2018.

Ces éléments stratégiques ont été validés par les instances avec la participation des représentants des usagers.

Les objectifs sont déclinés dans un programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques qui a été formalisé pour les 3 prochaines années. Le programme qualité et gestion des risques a été revu dans sa structuration. Il est maintenant global, unique et priorisé. Les actions, responsables et échéances sont fixés. Il est présenté aux instances et s'articule avec le compte qualité HAS.

Toutefois, les modalités de suivi du programme qualité et gestion des risques sont partiellement définies. Le programme qualité et gestion des risques comporte peu d'indicateurs mesurables de suivi. L'évaluation de l'atteinte des objectifs est de ce fait difficile. L'élaboration d'indicateurs pertinents pour chaque processus est en projet dans le cadre de la démarche institutionnelle de gestion des processus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation afin d'assurer le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques. Le pilotage stratégique est assuré par un comité de pilotage Qualité Risques qui s'appuie notamment sur les travaux des sous-commissions de la CME (dont la sous-commission EPP), de la CDU...

Un médecin, également Président de la CME, a été désigné coordonnateur de la gestion des risques. Il assure ses missions dans le cadre d'un temps dédié.

Le pilotage opérationnel est plus particulièrement assuré par la cellule qualité et gestion des risques rattachée à la Direction ad hoc. Elle est en charge de la coordination et de l'animation des démarches. Depuis peu, 3 référents qualité ont été identifiés au sein des unités (3 x 0.1 ETP). Différents groupes opérationnels sont prévus : Cellule opérationnelle Qualité Evaluation Risques (COQER), CREX, Comité FSEI...

Les vigilants chargés de la mise en œuvre des actions liées aux vigilances réglementaires sont identifiés. Leur coordination est assurée dans le cadre de la Commission des vigilances et de la sécurité transfusionnelle. Le développement des EPP au sein de l'établissement est piloté par la sous-commission EPP. Il est prévu qu'elle priorise les EPP, valide les méthodes et outils d'évaluation et en réalise le suivi.

La responsabilité de la veille réglementaire incombe à la Direction. La gestion des plaintes et réclamations rentre dans le champ de responsabilité de la Direction qualité et gestion des risques.

Les rôles, missions et responsabilités des acteurs, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques, du responsable du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse... sont formalisés et retrouvés dans des fiches de mission, de poste ou règlements intérieurs d'instances. La composition de la CDU et ses missions sont décrites dans un règlement intérieur. De même, les missions des pilotes de processus, dont celui de la qualité et de la gestion des risques, sont définies au niveau institutionnel dans le cadre d'une fiche de missions.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.) nécessaires en termes d'effectifs et de compétences. La cellule qualité et gestion des risques est composée d'une directrice adjointe, d'une responsable qualité, d'une IDE qualité (0.4 ETP) et d'une assistante qualité. Elles sont formées et disposent des compétences permettant d'accompagner la démarche qualité de l'établissement.

Les besoins en formation qualité risques sont prévus et pris en compte dans le plan de formation institutionnel. L'établissement a identifié un besoin en formation des personnels sur des thématiques telles que la gestion des processus, les patients traceurs, l'analyse des causes... Ces actions sont

organisées soit en interne soit avec des intervenants externes. Des actions de sensibilisation sont également prévues de façon régulière. Des journées d'accueil (2 fois/an) sont planifiées. Il existe un livret d'accueil des nouveaux agents.

Cependant, la formation à la sécurité transfusionnelle n'est pas organisée de façon régulière. Les plans de formation des dernières années ne comportent pas de formation à la sécurité transfusionnelle pour les IDE du service de médecine gériatrique (seul service réalisant des transfusions programmées). Certains agents n'ont pas eu de formation depuis de nombreuses années et sont demandeurs de remises à jour de leurs compétences. Un médecin a réalisé en 2016/2017 un DIU sur ce sujet. Ce point a été identifié par l'établissement qui a programmé la formation de 2 IDE en 2018.

L'établissement s'assure également de l'existence des ressources matérielles nécessaires au déploiement des démarches qualité et gestion des risques. L'établissement a établi un cahier des charges pour l'acquisition d'une solution informatique dédiée à la qualité et à la gestion des risques. Le choix du fournisseur est en cours. Dans l'attente, la documentation est en grande partie disponible sur format informatique (base de données du logiciel du dossier patient). Des classeurs sont prévus sur chaque site avec les versions papiers à jour en cas de panne informatique.

Les principales thématiques relevant de la gestion de la qualité et de la prévention des risques font l'objet d'une formalisation : gestion documentaire, signalement des événements indésirables, plans d'urgences (plan blanc), sécurité transfusionnelle, gestion des plaintes et réclamations... L'organisation pour répondre aux alertes sanitaires descendantes et ascendantes est également formalisée.

L'organisation en place afin d'analyser les signalements d'événements indésirables prévoit leur hiérarchisation en fonction de leur criticité et permet d'identifier les événements indésirables graves. Un dispositif de suivi des actions correctives issues des déclarations des événements indésirables est en place. L'analyse des causes est prévue lors de CREX.

Les modalités de recueil de la satisfaction des usagers avec les questionnaires de sortie sont définies. Les modalités de remise des questionnaires de sortie sont formalisées.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les secteurs d'activité afin d'améliorer la qualité et la gestion des risques. La Direction de l'établissement s'organise pour assurer une interface opérationnelle entre les professionnels de santé et les différentes instances en charge du pilotage des orientations et des programmes. Les interfaces entre tous ces dispositifs (vigilances, gestion des plaintes et des réclamations, développement des EPP, gestion des événements indésirables, etc.) sont organisées par la direction qualité qui coordonnent ainsi les différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux différentes thématiques et secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ce déploiement s'appuie notamment sur les pilotes de processus et l'encadrement. Des fiches de processus déclinent de façon spécifique les actions en lien avec chaque thématique. Elles constituent des « feuilles de route » pour chaque pilote. L'organisation en place répond aux spécificités et à la taille de l'établissement et est fonctionnelle.

Des cadres identifiés sont les vecteurs privilégiés de transmission des informations. Ils assurent la communication auprès des équipes (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) lors des transmissions et réunions de services. Il existe également des référents pour diverses thématiques relevant de la qualité et de la gestion des risques ; ils transmettent les informations nécessaires aux autres professionnels. Les responsables d'unités s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les agents ont la possibilité de participer à de nombreux groupes de travail. La direction de l'établissement met en œuvre les moyens pour permettre la disponibilité des professionnels.

Des actions de communication sont mises en œuvre pour sensibiliser les professionnels et développer une culture qualité et gestion des risques : note d'information, réunions de groupes de travail, actions lors de la semaine de la sécurité des patients, chambres des erreurs, journées qualité, flyers thématiques mensuels... L'établissement met en œuvre une stratégie de communication des résultats des indicateurs et tableaux de bord aux professionnels. Les résultats des démarches d'EPP, les résultats des audits ou encore des indicateurs sont diffusés aux équipes et colligés dans un porte-vues disponible dans les unités.

Néanmoins, la culture de signalement des événements indésirables est peu développée. Les professionnels rencontrés déclarent ne pas systématiquement réaliser de signalements lors d'événements indésirables (ou presque incident). Le nombre de signalement diminue depuis 2 ans. L'établissement mène cependant des actions de sensibilisation pour inciter les professionnels à déclarer. Les CREX se structurent. Le retour d'information est réalisé tous les mois par la diffusion de bilans. La cellule qualité et gestion des risques intervient tous les mois pour faire un retour dans chaque unité. Bien qu'une charte d'incitation (et de non punition) ait été diffusée en 2015, la crainte de la sanction demeure et les professionnels déclarent ne pas prendre le temps de faire les signalements. Les supports utilisés pour les signalements sont sous format papier en attente de l'informatisation qui devrait améliorer la situation.

La pratique des audits et évaluations est intégrée dans la démarche qualité / gestion des risques de l'

établissement et permet de façon ponctuelle de s'assurer des bonnes pratiques. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). La participation des professionnels est recherchée et les résultats sont communiqués aux équipes par l'intermédiaire des cadres, des référentes, des supports de communication mais aussi des interventions de la cellule qualité dans les unités tous les mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les membres du service qualité et gestion des risques assurent l'accompagnement méthodologique des démarches qualité et gestion des risques. Les actions de formation et de communication prévues sont mises œuvre. Le réseau régional d'appui intervient régulièrement.

Bien que non géré avec un logiciel dédié, le dispositif de gestion documentaire est opérationnel. Les documents sont accessibles dans la base documentaire du logiciel dossier patient. Les professionnels retrouvent facilement les documents. La gestion documentaire est centralisée par le service qualité et gestion des risques qui assure le suivi des mises à jour. L'établissement met en œuvre des actions visant à améliorer ces modalités de mises à jour.

Les professionnels connaissent les référents/responsables des différentes vigilances sanitaires.

La coordination des démarches et la gestion des interfaces sont fonctionnelles dans le cadre des rencontres régulières des instances. La participation de l'ensemble des catégories professionnelles (dont les médecins) est effective.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des unités de soins mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management qualité et gestion des risques.

L'analyse des risques a priori a été menée sur la base des cartographies des risques réalisées et finalisées pour l'ensemble des thématiques obligatoires de la certification HAS. Une démarche d'évaluation des risques a priori a été également réalisée sur le circuit transfusionnel. Les risques sont identifiés et hiérarchisés par criticité et niveau de maîtrise du risque.

Les actions d'amélioration intégrées au programme qualité risques sont mises en œuvre par les professionnels sous la coordination des pilotes de processus.

Bien que n'ayant pas été formé depuis plusieurs années, les professionnels appliquent avec rigueur les procédures en place pour l'activité transfusionnelle. La procédure d'approvisionnement est opérationnelle dans le cadre des transfusions qui sont toutes programmées. La présence médicale est effective pendant les transfusions (un rappel a été fait suite à une visite de certification « à blanc » début 2017). La pratique est encadrée par la mise en œuvre d'une check-list.

L'analyse des fiches de signalements des événements indésirables est mise en œuvre. Des analyses des causes profondes sont menées dans le cadre d'un CREX qui se réunit 3 à 4 fois par an. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée par des personnes formées et en association avec les acteurs concernés. L'établissement assure un suivi de ces déclarations classées selon une typologie de risques et selon leur secteur d'origine. Une cellule d'analyse et d'action se réunit tous les mois pour traiter les signalements. Des actions d'amélioration sont également mises en œuvre suite à des événements récurrents. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et le service qualité et gestion des risques s'assure de l'efficacité des actions correctives pour plus d'un tiers des actions.

Les actions d'EPP prévues dans le programme sont mises en œuvre et le déploiement est effectif dans l'ensemble des services et unités. Ces démarches EPP (de pratiques clinique, de suivi d'indicateurs) se déclinent sur l'ensemble des secteurs, pour certaines démarches depuis plusieurs années, d'autres plus récentes émergent des pratiques en questionnement, des événements signalés, des résultats des évaluations. Ce déploiement est animé par la commission EPP qui se réunit régulièrement avec les professionnels concernés. Les thématiques concernent le médicament, la tenue des dossiers, l'hygiène, les contentions... L'établissement déploie différentes méthodes comme les CREX et les patients traceurs. Les représentants des usagers participent aux volets « rencontre patient » des patients traceurs.

La gestion des situations de crise dans l'établissement est éprouvée par des exercices réguliers (dont le dernier en 2017). Le plan blanc a été revu dernièrement. Il comporte des plans de maîtrise de certains phénomènes épidémiques. Des actions dans le cadre du plan Vigipirate sont organisées.

Le traitement des plaintes et réclamations des usagers est conforme à la réglementation et mobilise les interfaces entre les services concernés et la direction qualité qui a en charge le traitement de ces demandes. La CDU se réunit régulièrement et émet des recommandations qui sont prises en compte dans le programme qualité et gestion des risques et mises en œuvre.

L'organisation et les instances mises en place afin de coordonner les actions d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont fonctionnelles. Elles se réunissent régulièrement et mettent en œuvre les missions qui leurs sont assignées.

Les réunions conduites au sein de l'établissement donnent lieu à la rédaction d'un compte rendu diffusé et consultable. Les groupes de travail et les instances établissent à chaque réunion une feuille d'émargement et un compte rendu de réunion qui intègrent la gestion documentaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif qualité et prévention des risques sont assurés régulièrement par la cellule qualité et gestion des risques et dans le cadre du comité de pilotage. L'efficacité du programme qualité et gestion des risques est évaluée de façon annuelle au minimum et est présentée aux instances concernées.

Un bilan annuel d'activité est intégré dans le bilan de gestion annuel. Il comporte, en autres, le bilan des évènements indésirables, des CREX, des nouveautés et mises à jour documentaires audits...

Les bilans annuels des plaintes et réclamations et des questionnaires de sortie sont établis dans le rapport de la CDU.

Le suivi des EPP est réalisé. Un bilan annuel est réalisé et présenté à la CME. L'évaluation de l'activité transfusionnelle est notamment réalisée dans le cadre d'audits réguliers des dossiers transfusionnels.

Des actions d'évaluation sont menées concernant le fonctionnement du processus « management de la qualité et des risques ». L'établissement a participé en 2016 à une enquête sur la culture sécurité proposé par le réseau. Quelques indicateurs propres à ce processus et aux autres thématiques commencent à être structuré dans le cadre de tableaux de bord.

Les données d'évaluations sont présentées aux instances, groupes de travail ou réunions de services.

A / AGIR

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

L'amélioration continue du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi des actions, par pilote de processus, à l'aide du programme d'actions global et du compte qualité. Ce suivi est coordonné par les pilotes du processus qualité et gestion des risques qualité en collaboration étroite avec les pilotes des autres processus et les secteurs d'activité. La coordination par la cellule qualité est effective.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre sur la base des résultats des évaluations. Elles ont notamment concernées le déploiement des patients traceurs, la structuration des CREX, la mise à jour et mise à l'épreuve du plan blanc, les cartographies des risques...

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme qualité et gestion des risques de façon à en assurer le suivi institutionnel. Le plan d'actions est revu annuellement, l'ajustement des risques est prévu et a été initié pour certaines thématiques. Les actions sont ajustées, de nouvelles identifiées, mises en œuvre, intégrées et structurées au niveau institutionnel.

Des actions de communication sont menées sur les améliorations auprès des professionnels et des usagers : réunions institutionnelle, réunions de services, des instances, interventions de la cellule qualité risques dans les unités tous les mois, diffusion de supports papiers...

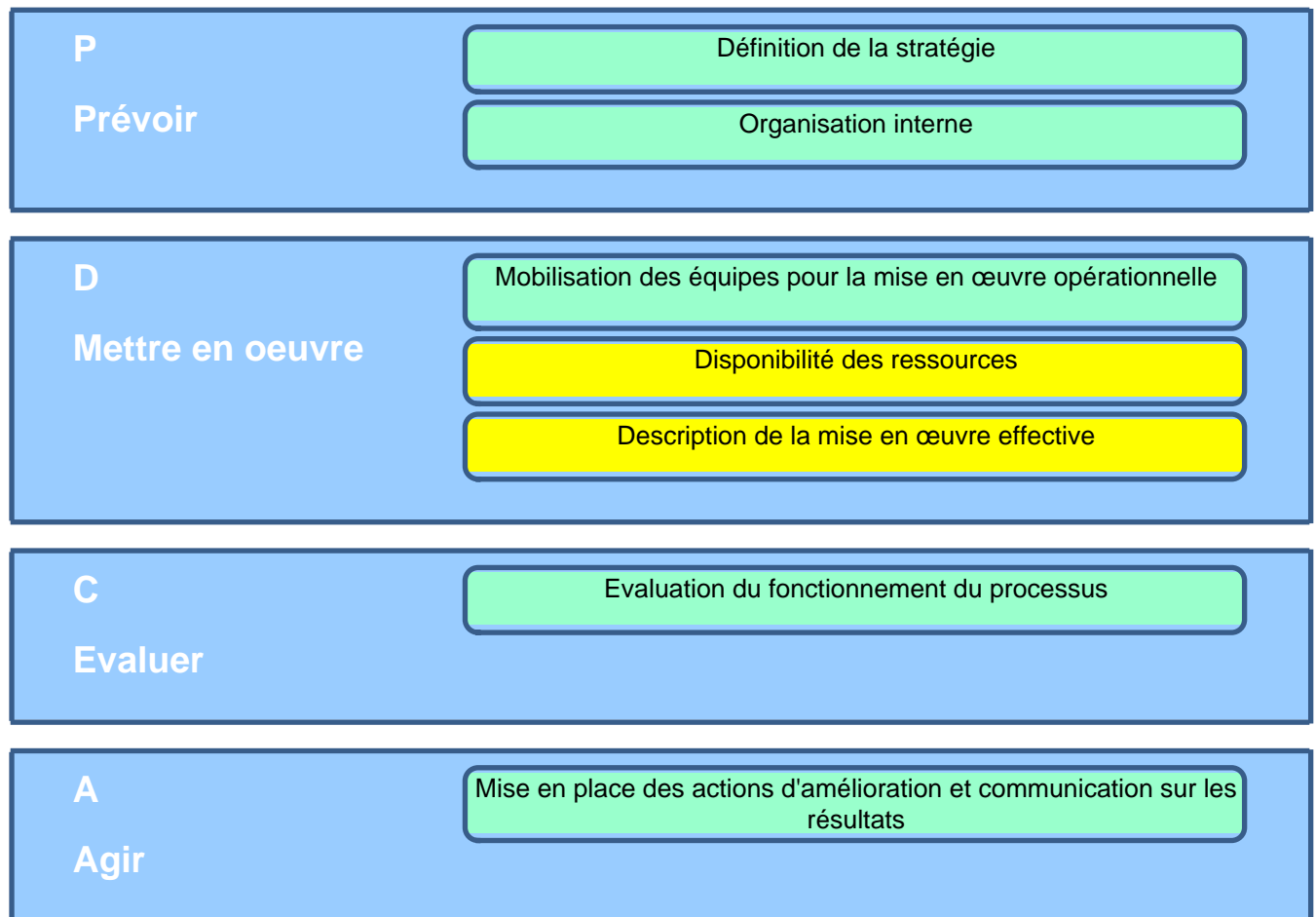
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a réalisé une analyse des risques dans le cadre de l'élaboration d'une cartographie des risques. Ces travaux ont été menés sur les différents volets du risque infectieux en s'appuyant sur les correspondants en hygiène des différents services.

Les mesures de traitement des risques en lien avec la maîtrise du risque infectieux sont intégrées dans un programme institutionnel d'actions priorisé et unique. Ce dernier mentionne les modalités de mise en œuvre : les objectifs, les actions, le responsable, l'origine et les échéances.

Les risques et actions d'amélioration ont été déterminés en prenant en compte, entre autres, les priorités nationales et régionales en matière d'hygiène, les résultats des actions d'évaluation, les résultats des indicateurs IQSS dont le bilan LIN, le bon usage des antibiotiques...

Il existe un programme d'actions défini par le CLIN et l'EOH. Il énonce les actions de prévention, de formations, de surveillance et d'animation en matière de maîtrise du risque infectieux. Les représentants des usagers sont associés dans le cadre de leur participation au CLIN.

Ce programme annuel de maîtrise du risque infectieux est validé par l'ensemble des acteurs du CLIN, de l'EOH, de la CME et du coordonnateur de la gestion des risques. Le programme et le plan d'actions font l'objet de présentations régulières aux instances (CLIN / CME / CHSCT / CSRIMT) et de validation pour les réajustements proposés.

Il existe un document « politique de maîtrise du risque infectieux » récemment révisé qui énonce les missions du CLIN. Le projet d'établissement comporte dans le volet qualité et gestion des risques des axes stratégiques pour les années 2015-2019. Ils concernent notamment, le renforcement de l'hygiène des mains, la gestion des excréta, la qualité du bio nettoyage ainsi que la maîtrise de l'antibiothérapie.

Le compte qualité HAS intègre les principaux risques et les actions priorisées dans le plan d'objectifs annuel du risque infectieux.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus de maîtrise du risque infectieux. Le CLIN en place est en charge du pilotage stratégique. Sa composition permet la représentativité de l'ensemble des secteurs concernés par le risque infectieux.

Le président du CLIN, qui est le pharmacien de l'établissement, le praticien et l'IDE hygiéniste sont identifiés comme pilotes de ce processus. Les pilotes ont pour missions principales de s'assurer du suivi du programme d'actions, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de la communication du processus auprès des professionnels.

Il existe également des relais/correspondants paramédicaux en hygiène.

La mise en œuvre des actions est assurée en collaboration étroite avec l'encadrement et les correspondants des secteurs d'activité. Ils constituent la commission hygiène qui se réunit 3 fois par an. L'organisation des journées prévoit des matinées d'informations et d'échanges suivies d'après-midi d'«actions» sur le terrain (audits par exemple).

Les missions des différents acteurs de la gestion du risque infectieux sont définies dans leurs fiches de poste respectives. Celles concernant le pilotage du processus gestion du risque infectieux sont détaillées dans une fiche de mission de pilote institutionnelle. Il existe également un règlement intérieur du CLIN. Les modalités de coordination de l'ensemble des acteurs sont formalisées et concourent à assurer l'efficacité de l'organisation en place.

Il existe une convention de coopération avec le CHU de Rennes, concernant les avis en infectiologie.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences. Les effectifs de l'EOH sont adaptés de façon quantitative (0.15 ETP praticien hygiéniste, 0.35 ETP IDE hygiéniste) et qualitative. Des besoins en formation des professionnels sont identifiés et inscrits au plan de formation.

Pour autant, la formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux n'est pas totalement assurée. En effet, depuis plusieurs années, les actions de formation sont particulièrement ciblées sur les professionnels « peu qualifiés » (ASH et emplois aidés) et aborde notamment le bionettoyage des locaux. Très peu de formations sont proposées aux IDE et aides-soignants de façon à permettre le maintien des compétences. Seule une partie des correspondants est formée. L'établissement relance actuellement ces formations. Ce point a été identifié par l'établissement dans le compte qualité HAS et de nouvelles actions de formation sont planifiées pour l'année prochaine.

L'accueil et la formation des nouveaux professionnels sont organisés lors de formations spécifiques (pour tous nouveaux ASH notamment). Une intervention de l'IDE hygiéniste est prévue lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants. Une information sur l'hygiène est notée dans le livret d'accueil des agents.

Le président du CLIN prévoit de façon régulière une soirée thématique sur le bon usage des antibiotiques.

L'établissement a défini les responsabilités concernant la surveillance de l'environnement et plus particulièrement pour le risque de légionelloses. La programmation et les modalités d'exploitation des

contrôles et prélèvements d'eau sont de la responsabilité de l'EOH.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins des professionnels et des patients (équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés pour la prévention des AES, matériels, produits de désinfection et d'hygiène des mains, dispositif de collecte des DASRI) et en adéquation aux besoins de la prise en charge (prélèvements d'eau, hygiène des locaux, circuits des déchets, circuit du linge, restauration...).

Les dispositions prévues pour maîtriser le risque infectieux en cas de travaux ne sont pas formalisées. Il n'existe pas de conduite à tenir en cas de travaux prévoyant le recours éventuel à l'EOH en cas de travaux à risque. L'organisation prévoit des contacts au coup par coup. Les règles ne sont pas clairement définies afin de s'assurer que toute intervention technique susceptible d'engendrer un risque est réalisée dans les conditions adaptées (prévention du risque aspergillaire par exemple).

Pour autant, le dispositif documentaire pour la maîtrise du risque infectieux est défini. Les documents répondent aux besoins identifiés. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont formalisés. Ils sont informatisés et le suivi des mises à jour est organisé par l'EOH et le service qualité. Il est prévu de réactualiser les documents tous les 4 ans.

Des protocoles d'antibiothérapie sont élaborés. La gestion des phénomènes d'épidémies est prévue dans le cadre de procédures spécifiques ou des plans d'urgence.

La conduite à tenir en cas de suspicion d'infection associée aux soins est formalisée et prend en compte les signalements internes et externes.

Il existe des protocoles d'entretien des locaux. Le zonage des locaux est réalisé en fonction du niveau de risque. Les supports de traçabilité sont prévus.

Des actions de communication sont organisées auprès des instances et de l'encadrement pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur la thématique de l'hygiène.

Quelques supports de communication sont élaborés. La communication s'appuie essentiellement sur la commission d'hygiène et la mobilisation de l'IDE hygiéniste.

Les modalités de transmission des informations entre le laboratoire d'analyse de biologie médicale et l'EOH sont organisées afin d'assurer la surveillance des infections associées aux soins.

L'établissement s'inscrit dans les actions proposées par les réseaux nationaux et régionaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement de chaque secteur d'activité est informé des actions d'amélioration en matière de maîtrise du risque infectieux et contribue à leur mise en œuvre en diffusant l'information auprès des professionnels. Les « relais » (correspondants) en hygiène sont des interlocuteurs privilégiés de l'EOH. Ils transmettent également les informations auprès des équipes. En tant que de besoin, l'EOH intervient en réunion de service. Leurs interventions régulières et fréquentes de l'EOH permettent une communication aisée.

Les cadres et l'EOH, par une présence régulière dans les unités, s'assurent de la conformité des pratiques aux recommandations en matière d'hygiène (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions d'évaluation sont mises en œuvre régulièrement sous la forme d'audits ou de quick audits. Elles sont le plus souvent réalisées en associant les correspondants et de façon croisée entre services.

Lors de survenues d'évènements épidémiques, des investigations sont réalisées avec les professionnels pour gérer la situation.

De façon globale, des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées avec la participation des professionnels. Le travail en équipe est encouragé par la mise en œuvre de groupes de travail en interne aux unités ou de façon transversale. Les résultats sont communiqués aux équipes, le plus souvent par interventions des correspondants et de l'IDE hygiéniste.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'IDE hygiéniste dispose d'un temps dédié sur les missions liées à l'hygiène et intervient sur les 2 sites. Le pharmacien hygiéniste travaille en réseau et est présent sur site en fonction des besoins. L'EOH appuie le CLIN pour la mise en œuvre des actions de prévention, de surveillance, de formation et de sensibilisation et assure l'élaboration et l'actualisation des protocoles et procédures relatives à la maîtrise du risque infectieux. L'EOH, par l'intermédiaire du CLIN, travaille en collaboration avec la cellule qualité et gestion des risques.

Les professionnels participent aux formations proposées y compris concernant l'hygiène des locaux. Des actions de sensibilisation complémentaires sur des thèmes nationaux sont également assurées par l'IDE hygiéniste et l'EOH (semaine sécurité des patients...)

Chaque service dispose des locaux propres et sales adaptés. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les équipements sont disponibles, adaptés et entretenus pour la réalisation des soins.

Les équipements concernant le tri, le transport, l'élimination des déchets avec tri sélectif sont à disposition. Cependant, les locaux et matériels ne sont pas tous adaptés pour permettre la maîtrise du risque

infectieux. En effet :

- Le local DASRI en SSR Locomoteur / Neurologique n'est pas adapté. Il a été aménagé, suite à la dernière visite de la HAS, dans d'anciennes douches. Le local bien qu'il ferme à clé et soit aéré est exiguë. Son accès se fait en passant par le local de stockage du matériel de rééducation. La séparation propre/sale n'est pas totalement respectée ; pour éliminer les sacs dans le local DASRI, les agents doivent passer dans le local de stockage de matériel propre. L'exiguïté du local n'empêche pas son entretien. Néanmoins, il n'existe pas traçabilité de l'entretien de ce local.

- Le local de balnéothérapie est ancien. Les surfaces, tant le carrelage de la piscine que celui du sol sont abimés. Certains matériels sont rouillés (dont les bouches d'aération) ; l'entretien en est de ce fait difficile. L'établissement a défini les protocoles de nettoyage qui sont mis en œuvre par les professionnels concernés. Il existe un projet de restructuration pour ce secteur, ainsi que pour l'ensemble du pôle sanitaire, intégrant à la fois le plateau technique et la balnéothérapie.

Les professionnels disposent de matériel permettant de mettre en œuvre les protocoles de prévention du risque infectieux : points d'eau pour le lavage des mains, distributeurs de SHA, collecteurs d'aiguilles et supports adaptés, tabliers, gants etc... Des unités mobiles de protection sont mises en œuvre en cas de précautions complémentaires. Les professionnels assurant l'entretien des locaux disposent de matériel adapté. Le choix des matériels et produits de nettoyage et de désinfection est réalisé avec l'EOH.

Les documents qualité en matière d'hygiène sont accessibles dans les secteurs d'activité sous format informatique. L'EOH est à l'initiative de la rédaction des protocoles de soins élaborés en partenariat étroit avec les correspondants en hygiène et le service qualité. Les documents sont disponibles et à jour. Les professionnels retrouvent assez facilement les documents recherchés.

Un référentiel antibiotique est mis à disposition des prescripteurs.

Les documents d'information et de conseils élaborés à destination des patients sont remis et concernent notamment les Bactérie Multi Résistantes, la gale, le clostridium...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre l'organisation prévue afin d'assurer les soins d'hygiène des patients et l'entretien des locaux. Les matériels (dont locaux et équipements) sont utilisés par le personnel de façon adaptée.

De manière globale, les bonnes pratiques d'hygiène sont mises en œuvre par les professionnels. Les précautions standard et complémentaires sont le plus souvent mises en œuvre.

Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place, comme constaté.

Néanmoins, les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas totalement mises en œuvre. Le score ICSHA de l'établissement est faible depuis plusieurs années. L'établissement n'atteint pas les objectifs fixés en matière d'hygiène des mains. L'établissement a eu plusieurs événements indésirables avec pour origine le manuportage qui ont fortement mobilisé les équipes et l'EOH. Des actions de sensibilisation sont menées (dernièrement lors de la semaine de la sécurité des patients). Le risque épidémique et la transmission d'infections sont de ce fait accrus. Un plan d'actions récent est en cours de mise en œuvre dans le cadre notamment d'une campagne menée par CEPIAS Bretagne (projet « CAP-BREIZH-Mains »). L'EOH prévoit notamment la diffusion du suivi de la consommation de SHA de façon individualisée à chaque unité avec les objectifs à atteindre.

Les circuits du linge et des déchets sont respectés par les professionnels.

La mise en œuvre du programme de surveillance est réalisée conformément au programme de l'EOH et aux sollicitations régionales ou nationales. La surveillance des BMR est effective. Un suivi des infections est réalisé en collaboration avec le laboratoire qui alerte l'EOH. Un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux est défini dans le plan blanc. La gestion de crise est assurée le cas échéant et les acteurs concernés sont associés.

Le bon usage des antibiotiques est recherché par les prescripteurs. La réévaluation de l'antibiothérapie fait l'objet d'un paramétrage dans le logiciel de prescription. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est mise en œuvre.

Un plan de surveillance bactériologique de l'environnement est mis en œuvre. Le contrôle de la qualité de l'eau nécessaire à la balnéothérapie est assuré tous les jours par le service technique et les aides-soignants de cette unité. Les procédures en place à la balnéothérapie sont mises en œuvre. Le suivi de la maintenance du circuit eau et l'entretien des locaux sont assurés en interne et avec un prestataire. Les prélèvements et leurs résultats sont tracés. Une procédure en cas de non-conformité est mise en œuvre. Les carnets sanitaires de l'eau sont tenus à jour. Ils sont en cours de restructuration afin de répondre aux mises à jour.

La traçabilité est organisée et harmonisée en fréquence et en outils pour toutes les tâches recensées. Elle est assurée par les professionnels de l'établissement. L'examen des fiches de traçabilité du bionettoyage, notamment dans les différents services visités lors de l'investigation du processus, montre que les fréquences définies sont, sauf exception (local déchets SSR Neuro), respectées.

Le CLIN se réunit régulièrement et assure ses missions. Les interfaces entre l'EOH et les autres parties prenantes sont opérationnelles : service technique, pharmacie, laboratoire... L'établissement participe à des actions proposées par le réseau régional.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme d'actions du processus risque infectieux comporte un volet « évaluations », comprenant des audits de pratique planifiés annuellement, la surveillance de BMR, des AES, le suivi des indicateurs nationaux, de la flore bactérienne, de la consommation des antibiotiques...

Des actions d'évaluation des pratiques sont menées régulièrement sous la forme d'audits, EPP ou suivis d'indicateurs.

L'entretien des locaux fait l'objet d'actions d'évaluation sur la base des données de traçabilité mais aussi d'observations terrain (dernier audit en 2016 par les correspondants).

Une enquête annuelle de prévalence sur les antibiotiques est réalisée et permet d'apprécier la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Le suivi des consommations d'antibiotiques est réalisé. Elles sont confrontées à l'évolution des résistances bactériennes (participation à CONSORES).

Ces évaluations et leurs suivis sont mis en œuvre par l'EOH. Le bilan d'activité du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène est établi. Il est présenté aux instances concernées (CLIN, CSIRMT, CME, CHSCT).

A / AGIR

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

Les actions menées en matière de maîtrise du risque infectieux sont réajustées en fonction des résultats des évaluations.

Dernièrement, elles ont par exemple concernées la gestion des excréta, l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains, gestion des BHRé...

Chaque année, de nouveaux objectifs sont fixés et validés par le CLIN.

Le suivi des actions d'amélioration et des résultats obtenus n'a pas encore conduit à réexaminer les risques mais des actions complémentaires ont été déterminées.

La plupart des actions d'amélioration mises en œuvre est intégrée et articulée avec le programme d'actions institutionnel. L'établissement a débuté l'amélioration de la coordination des démarches de maîtrise du risque infectieux avec la démarche globale de gestion des risques.

Les résultats des évaluations et des améliorations sont communiqués aux professionnels lors de rencontres avec l'EOH ou lors de réunions de service ou de correspondants. Il existe quelques supports de communication.

Les résultats des indicateurs nationaux sont pris en compte et affichés dans l'établissement. Les représentants des usagers participant au CLIN et à la CDU sont tenus informés.

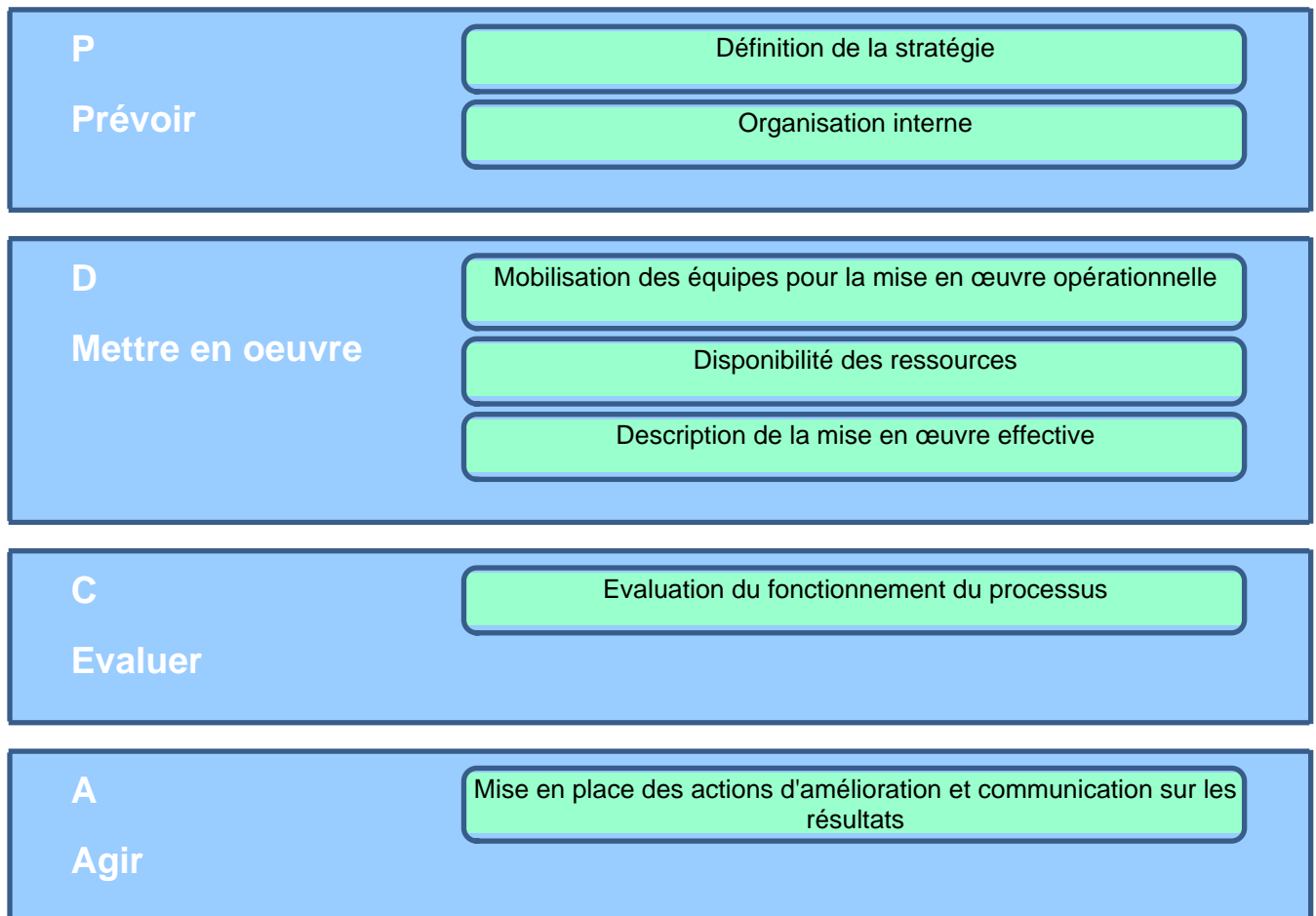
DROITS DES PATIENTS

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 centre hospitalier des Marches de Bretagne a inscrit sa politique du respect des droits du patient dans son projet d'établissement 2015-2019 ainsi que dans la politique qualité et gestion des risques.

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique dans le cadre de la CDU (commission des usagers).

Une cartographie des risques a été réalisée par le pilote du processus ainsi que par le groupe qui l'accompagne, copilote, Copil qualité et membre de la CDU, celle-ci a été construite en fonction de différentes sources de données (analyses des plaintes et réclamations, questionnaires de sortie, audits, EPP...). La hiérarchisation des risques a été établie selon une méthode adaptée. L'analyse a posteriori et les plaintes et réclamations alimentent également les réflexions sur le respect des droits du patient au sein de l'établissement. La Commission des Usagers est destinataire de l'ensemble de ces analyses.

Les objectifs d'amélioration sont formalisés autour des valeurs institutionnelles :

- Développer la formation des professionnels,
- Améliorer l'information du patient et de ses proches,
- Sensibiliser le personnel médical,
- Alerter en cas de situation de maltraitance (groupe humanité).

Les objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques concernant le respect des droits du patient sont déclinés dans un volet spécifique du programme d'amélioration de la qualité.

Les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi sont fixés.

Ce programme s'articule avec le compte qualité, est validé annuellement par les instances et communiqué aux professionnels ainsi qu'à la CDU en 1ère intention.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB) a identifié les pilotes du processus "Droits des patients" en la personne d'un médecin, responsable du service de médecine, et de la cadre de santé, assistées d'une psychologue et de la directrice qualité comme personnes ressources. Les missions des pilotes sont définies avec un profil spécifique qui prévoit leur rôle de promoteur des droits au sein de l'établissement. Les missions de la Commission des usagers (CDU) sont définies et son règlement intérieur est établi.

Le pilotage de la bientraitance est assurée dans l'établissement par le Comité de Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques. Cette organisation est formalisée par un règlement intérieur.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernant le respect des droits des patients sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste, la charte de bientraitance fait partie du dossier d'embauche et signée par chaque nouveau soignant.

Le dispositif concernant les droits du patient est inscrit dans le livret d'accueil du patient.

Une cellule d'éthique est en place associant des membres des établissements partenaires, a pour objectif de réfléchir aux situations critiques.

La CDU est en place, la directrice Qualité en est la présidente. Ces missions sont définies et son règlement intérieur est établi.

L'établissement organise l'information du patient sur ses droits via le livret d'accueil. L'affichage des chartes est prévu dans les lieux de passage.

Le dispositif de recueil de sa satisfaction s'articule autour du dispositif de déclaration des événements indésirables et du peu de signalements concernant les droits, du dispositif de recueil des plaintes et réclamations (aucune en 2017) et des questionnaires de sortie dont le taux de retour sur les distribués est satisfaisant (60% pour les 3 secteurs confondus).

Les besoins en formation sont identifiés et inscrits au plan de formation, tels ateliers Humanité, Réflexions et sensibilisation sur la contention, la bientraitance, la confidentialité etc... Les journées d'accueil des professionnels et le dispositif d'intégration permettent la sensibilisation des nouveaux agents.

Les missions des pilotes sont définies dans le cadre d'un profil spécifique qui prévoit leur rôle de promoteur des droits au sein de l'établissement.

L'établissement a organisé les interfaces entre les différents professionnels, notamment dans le cadre des réunions de synthèse régulières, afin de favoriser le respect des droits et libertés des patients. La CDU est le pivot de la coordination de la stratégie du respect des droits des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du centre hospitalier des Marches de Bretagne organise la déclinaison des droits du patient, dans le cadre du plan d'actions opérationnel inscrit au programme qualité et gestion des risques.

Le respect des droits des patients, les situations de maltraitance, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins et la recherche d'adhésion sur les soins apportés font l'objet de réflexion au sein des équipes lors de la réunion hebdomadaire et lors d'une réunion mensuelle avec la psychologue qui organise des sessions de partage sur des thèmes concernant la bientraitance. La direction, l'équipe médicale et soignante s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

La cartographie du processus a amené une révision des procédures avec la participation des professionnels : maltraitance, consentement aux soins, mesures de restriction de liberté, dommage lié aux soins.

Les équipes sont informées des résultats des évaluations et enquêtes concernant les droits des patients et des actions correctives sont mises en œuvre si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des procédures, des protocoles sont à disposition des équipes. Les affichages permettent au patient d'être informé de ses droits ainsi que par le livret d'accueil mis à sa disposition lors de son entrée. L'affichage des différentes chartes rappelle à tous les fondamentaux.

Les professionnels ont bénéficié de formation sur la bientraitance. Le livret d'accueil du nouvel embauché donne également toutes les informations concernant le respect du droit du patient.

Les locaux sont en adéquation avec la prise en soins et adaptés au handicap, rampes d'accès, parkings... Le patient et/ou l'entourage est reçu dans un lieu permettant la confidentialité et le respect de l'intimité. Des solutions adaptées sont recherchées pour toute situation particulière.

Les questionnaires de sortie permettent de recueillir le niveau de satisfaction du patient sur sa prise en soins lors de son séjour, les équipes ont accès au résultat de ces évaluations par affichage et lors des réunions.

Tous ces éléments sont attestés par les investigations "patients traceurs".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La centralisation et la coordination du pilotage des thématiques relevant des droits des patients sont opérationnelles. Les professionnels des secteurs de soins sur les 2 sites mettent en œuvre une organisation pour assurer le respect des droits du patient.

La participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé des soins est effective.

Au niveau de l'accueil administratif, l'organisation en place assure la confidentialité et le respect des libertés. Les personnels soignant connaissent le livret d'accueil et apportent au patient et/ou à son entourage des renseignements complémentaires (personne de confiance, directives anticipées etc).

Le consentement aux soins, la prise en charge de la douleur font l'objet d'une attention et d'une traçabilité soutenue. Une première réflexion sur les différentes formes de maltraitance a été menée et a abouti à un état des lieux des situations possibles de maltraitance dans la prise en soins.

Le partage d'informations relatives au patient est réalisé dans le respect de la confidentialité. Les libertés individuelles sont respectées (par exemple : prise en compte des habitudes et des goûts alimentaires), l'adhésion et le consentement du patient sont recherchés.

Les équipes font appel à l'assistante du service social dans le cadre de la prise en charge sociale ainsi que de difficultés particulières. Une psychomotricienne et une kinésithérapeute interviennent également dans la prise en soins.

Des réunions hebdomadaires, une réunion mensuelle assurée par une psychologue permet de réfléchir sur les pratiques.

La traçabilité concernant les droits du patient est mise en œuvre dans le dossier patient et est confirmée par les investigations sur les deux patients traceurs.

Les interfaces sont opérationnelles entre équipe médicale, équipe soignante et paramédicale ainsi que le personnel administratif. Les représentants des usagers participent à la CDU et sont mobilisés dans le cadre de la mise en place des patients traceurs. Les propositions de la CDU permettent de contribuer à l'élaboration du plan d'actions et de coordonner la réflexion sur les droits des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur l'application des droits des patients sont assurés régulièrement au sein de la CDU sur la base du recueil de la satisfaction au moyen des outils identifiés, l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation du questionnaire de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient.

Le nombre de réclamations et de plaintes et de demande d'accès du patient à son dossier est infime.

D'autres indicateurs (IQSS) en lien avec les droits sont recueillis : Douleur, accès au dossier, et le peu de fiches d'événement indésirable en relation avec les droits du patient. Différentes évaluations (audit, patient traceur) ont permis d'objectiver le respect des droits des patients dans les pratiques.

Les bilans annuels de la CDU permettent d'évaluer la politique "droits du patient".
Le bilan du plan d'actions « droits des patients » inscrit au PAQSS et du compte qualité permet d'évaluer la politique menée et de la réajuster en fonction des besoins.
La politique des droits du patient est également réajustée annuellement à partir du bilan annuel réalisé par la CDU et transmis aux tutelles et par l'apport des réflexions pertinentes menées par les représentants des usagers.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des évaluations permet de réajuster le plan d'actions qui s'appuie également sur les recommandations de la CDU. Il est communiqué aux membres du personnel.
Les représentants des usagers sont porteurs d'idées novatrices comme la mise en place d'un recueil par messagerie informatique de la satisfaction des patients.
La communication des résultats est réalisée au niveau de la CDU, du COPIQ CGR, de la CME. Les résultats sont également communiqués aux professionnels lors des réunions de service et aux patients par voie d'affichage.
La politique des droits du patient est également réajustée annuellement à partir du bilan annuel réalisé par la CDU et transmis aux tutelles et par l'apport des réflexions pertinentes menées par les RU.
La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective ainsi que l'envoi du bilan annuel de la CDU aux tutelles.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

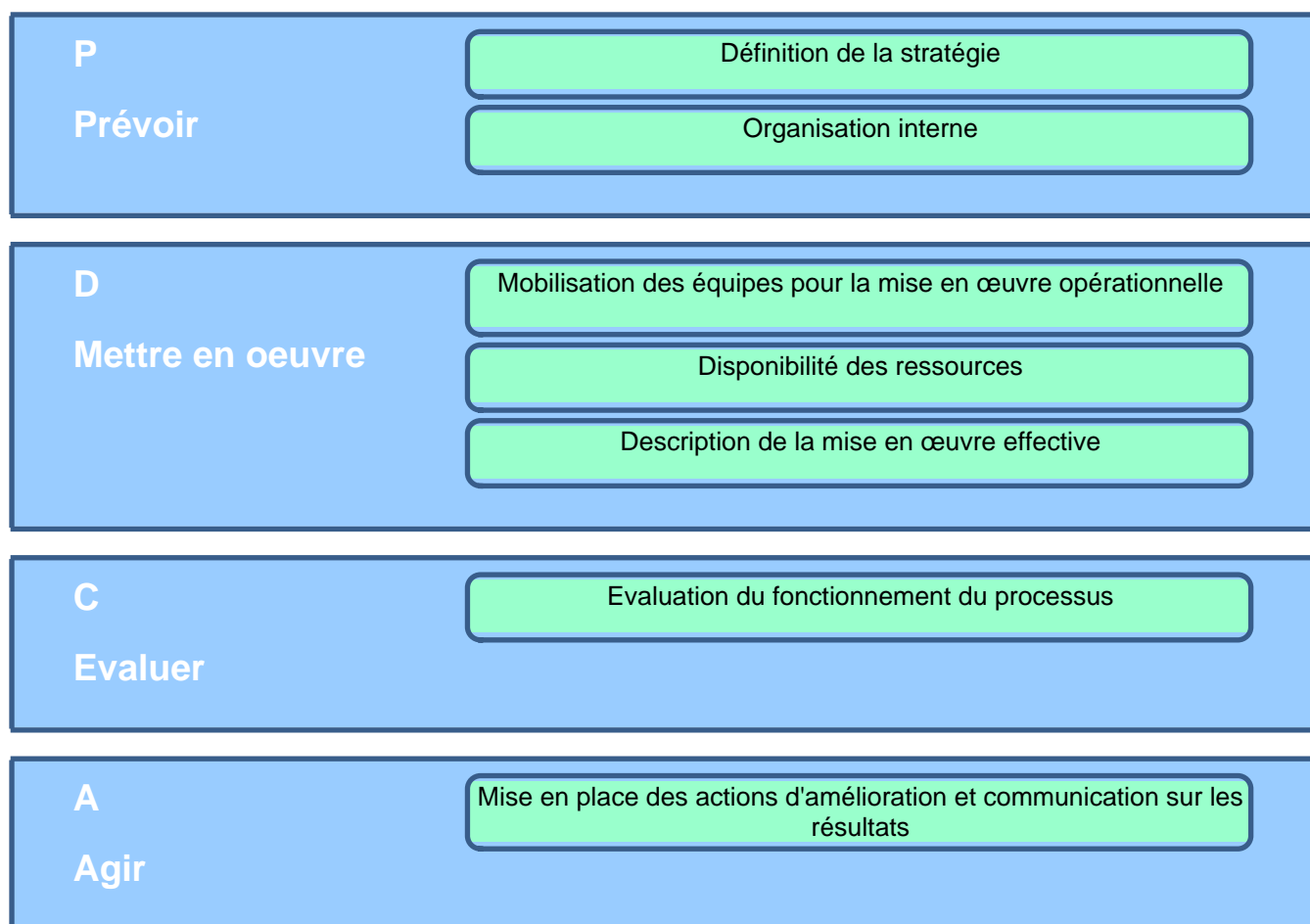
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Hospitalier des Marches de Bretagne a développé une offre de soins permettant les prises en charge des patients dans des services de médecine, de SSR polyvalents et de SSR spécialisés locomoteurs et neurologiques sur le site d'Antrain, et de SSR polyvalents sur le site de Saint-Brice-en-Coglès. Le projet d'établissement basé sur le projet médical et le projet de soins a permis de définir les parcours patients et les axes d'amélioration afférents à ceux-ci. De nombreux partenariats ont été établis au sein du territoire, que ce soit avec le CHU de Rennes ou le Centre Hospitalier de Fougères, mais aussi sous forme de convention de coopération avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (psychiatrie) et le Pôle de Saint Hélier (MPR). L'établissement se révèle être le relais d'hospitalisation pour les EHPAD. La stratégie de l'établissement a été élaborée sur la base des besoins de la population, sur les risques identifiés de l'établissement et validée dans le CPOM et par une note stratégique : amélioration des prises en charge, la communication, la coordination, les outils de liaison. Un volet spécifique a été établi pour la coopération avec la médecine de ville.

Cette stratégie parfaitement adaptée et structurée a été validée par les instances et est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes ont été désignés par secteur d'activité, composés par le binôme médecin-cadre du service. Des fiches de postes ont été formalisées avec le rôle et les missions de ces pilotes.

Les ressources humaines, matérielles et documentaires sont conformes aux objectifs fixés. La sécurité de la prise en charge des patients est organisée par la présence de médecins temps plein titulaire de l'établissement. Une astreinte est assurée permettant 24h/24 l'appui médical et un support informatisé sécurisé a été mis en place permettant la consultation à distance du dossier et une prescription en tant que de besoin.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité. Les responsables ont construit de véritables réunions de concertation pluridisciplinaires entre les professionnels concernés (médecins, soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.).

De même, l'établissement s'est orienté vers une logique de filières et de parcours patient. Des parcours spécifiques ont été élaborés avec les professionnels pour des prises en charge spécialisées : post AVC ou en orthopédie. Une optimisation de l'admission en SSR a été mise en place avec un guichet unique d'admission (ORIS) permettant de s'assurer des conditions d'admissibilité, de la transmission des informations de prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plan d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

La réalisation d'une cartographie des risques, basée en partie sur les événements indésirables a permis une réflexion sur le parcours des patients pris en charge au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et d'envisager les plans d'actions par secteurs d'activité. Les professionnels de terrain ont été associés et sensibilisés par les pilotes sur les objectifs institutionnels.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

L'analyse des risques par filière ainsi que l'exploitation des actions d'évaluation permet des actions correctives en tant que de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien qualitativement que quantitativement.

Les ressources humaines sont en place avec un plan de formation qui concerne le dossier informatisé, les gestes d'urgences en cas d'urgence vitale et la maintenance du chariot d'urgence, la bientraitance, l'hygiène, les soins palliatifs, l'humanité, le risque suicidaire.

La base documentaire est accessible à tout moment, par le biais de l'outil informatisé centré sur le dossier patient. Un projet d'outil spécifique est en cours de réflexion.

Les matériels (locaux et équipements) sont disponibles dans les différents secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la stratégie du parcours patient est effective.

Dès l'admission du patient, un entretien aide-soignant est réalisé permettant d'expliquer les conditions d'accueil, de remettre le livret d'accueil, de l'expliquer, et de toutes les explications concernant le séjour. Un entretien infirmier complète le recueil d'information sur les soins prodigués. Un examen médical d'entrée est réalisé et tracé dans le dossier informatisé par le médecin, complété par l'évaluation dans les 48 heures. Un projet de soins personnalisés peut ainsi être établi dans des délais compatibles avec les exigences de la prise en charge. Selon ses évaluations, des évaluations complémentaires sont réalisées avec des référents spécifiques en tant que de besoin : psychologique, diététique, hygiène... Régulièrement, des évaluations de l'état du patient sont réalisées aboutissant un staff multidisciplinaire hebdomadaire permettant une synthèse et une concertation sur les modalités de prise en charge, le projet de soins et de sortie, la mise en place d'aménagement ou d'aide pour préparer cette sortie. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est opérationnelle. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont effectifs et tracés dans les dossiers. Les actions d'éducation thérapeutiques prévues sont mises en œuvre. L'organisation prévue pour la sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins est effective.

Au global, cette organisation protocolisée est opérationnelle avec un respect des circuits et une traçabilité de la prise en charge régulière.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne assure régulièrement une évaluation des actions entreprises par le suivi notamment des indicateurs IQSS, des indicateurs hôpital numérique,...

Plusieurs EPP ont été mises en place dans le cadre du parcours patient : prise en charge de la douleur, prévention du risque d'escarres et une EPP spécifique du parcours qui concerne chaque filière de prise en charge : médecine, SSR polyvalents et SSR locomoteurs.

A / AGIR

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

Les résultats des audits de filières ont permis de dégager des points forts mais aussi un ensemble d'actions d'amélioration permettant une planification et des objectifs à atteindre dans le cadre d'une démarche institutionnelle. Les premiers résultats ont été diffusés à l'ensemble des professionnels concernés.

Un projet de formation validante sur site est prévu en 2018 pour l'éducation thérapeutique. Une réflexion est menée pour une optimisation de consultations spécialisées sur site à destination des patients mais aussi de la population du territoire.

Différentes actions sont menées pour l'amélioration des filières de prise en charge : contrat local de santé, commission d'admission commune pour les EHPAD, et la mise en œuvre de véritables réunions de concertation pluridisciplinaires entre les professionnels concernés (médecins, soignants, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue,...).

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

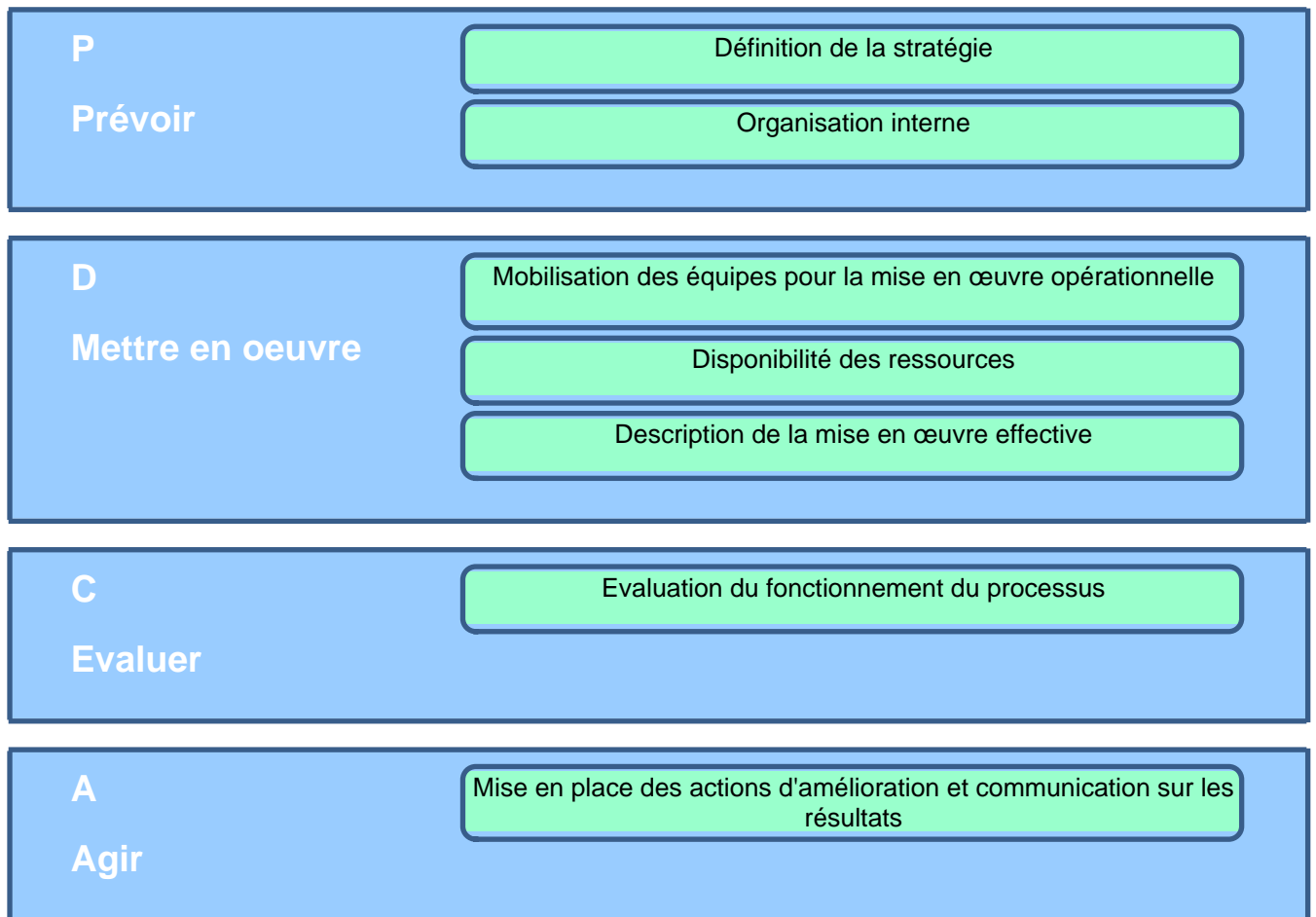
DOSSIER PATIENT

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

La stratégie de gestion du dossier patient au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne a eu pour objectif une informatisation complète du dossier patient. Celle-ci s'est faite progressivement depuis une dizaine d'années permettant un programme d'action d'extension à tous les services : médecine et SSR polyvalents, de médecine physique, de réadaptation et de neurologie. Le positionnement de cet hôpital de proximité au sein du territoire permet un projet d'intégration vers d'autres établissements partenaires. Cette démarche a été inscrite dans le projet d'établissement et validée par les différentes instances. Établie sur la base d'une analyse des risques, ces objectifs et actions d'amélioration sont intégrés au programme d'actions institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mené une réflexion pour piloter cette informatisation du dossier patient. Un comité de pilotage a été mis en place avec l'écriture d'un règlement intérieur précisant les missions, la composition et l'organisation des réunions. Des référents ont été désignés et pour lesquels un profil de poste a été établi précisant les rôles et missions de ces référents.

Les ressources humaines, matérielles et documentaires permettent d'atteindre les objectifs fixés.

Afin de parvenir aux objectifs fixés par le déploiement de ce dossier informatisé, un plan de formation, en déclinaison de la démarche institutionnelle, a été établi pour l'ensemble des professionnels.

Pour compléter le dispositif, un comité d'utilisateurs a permis entre autres, une réflexion sur les axes d'amélioration.

La cartographie des risques a été centrée sur la complétude des dossiers, la sécurisation, et l'appropriation du dossier informatisé par les professionnels. La réflexion a été poursuivie permettant la réalisation et la diffusion d'un guide du dossier patient permettant la gestion des interfaces et des circuits. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées précisant par ce guide la constitution du dossier, la tenue du dossier depuis l'admission jusqu'à la sortie du patient, sa confidentialité, son classement et son archivage. Il précise également son utilisation et son accessibilité ainsi que les règles et droits d'accès du patient à son dossier. Le dispositif a été complété par la possibilité pour les médecins intervenant dans la prise en charge d'un patient de se connecter d'une façon sécurisée, sur le dossier informatisé, de l'extérieur de l'établissement.

L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier dans le cadre d'une procédure formalisée. Les modalités de demande d'accès sont énoncées dans le livret d'accueil remis au patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plan d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Un accompagnement en service a été réalisé par les référents du dossier patient informatisé qui a permis de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés de leur secteur, et de s'assurer de la conformité aux bonnes pratiques. Les équipes ont participé à la mise en place de ce dossier et à son amélioration avec la réalisation de fiches d'évènements indésirables permettant des actions correctives. Les responsables des unités veillent à la bonne tenue des dossiers. Ils s'appuient notamment sur les résultats des indicateurs d'évaluation des dossiers. Les professionnels sont associés tant aux recueils de données qu'à l'analyse des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence ont été adaptées au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et sont disponibles. Elles impliquent le comité de pilotage et les référents dossier patient informatisé et ont assurées les formations au renseignement et à l'utilisation de ce dossier. L'accompagnement est également assuré par le service qualité de l'établissement et l'ingénieur informatique.

Les équipements nécessaires ont été mis en place et sont opérationnels : ordinateurs portables, connections wifi,... Afin de palier à une panne informatique du dossier patient, des postes de sauvegarde sont disponibles (duplicata) permettant de poursuivre la prise en charge du patient.

Les locaux permettent le respect de la confidentialité.

Le guide du dossier patient est disponible dans les unités et les professionnels savent comment y accéder.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur de soins connaît l'organisation définie : les modalités d'accès du dossier en temps utile ont été écrites avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient. Les règles

de confidentialité ont été renforcées par des écrans de veille. La possibilité pour les médecins de consulter à distance le dossier d'un patient et de prescrire sur un mode sécurisé a permis de supprimer les prescriptions téléphoniques non réglementaires. Toutes les informations sont saisies au fur et à mesure de la prise en charge du patient avec la surveillance de la prise nutritionnelle, de la réalisation de la kinésithérapie, voire d'une évaluation neuropsychologique. La sortie du patient est programmée avec une check-list des documents de sortie nécessaires pour la poursuite de la prise en charge. Les modalités de communication des informations en temps utile entre professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont mis en œuvre. Toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient sont présentes dans ce dossier : dossier médical et de soins, prescription médicamenteuse, suivi et évolution, résultats d'examen de laboratoire, traçabilité de paramètres vitaux,...

Cependant, l'appropriation des fonctionnalités du dossier patient informatisé n'est pas complète pour les professionnels. La synthèse de la prise en charge de la douleur et de son évaluation n'a pu être fournie lors des investigations en service alors que la patiente concernée bénéficiait de deux traitements antalgiques dont un majeur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation a été réalisée par le suivi d'indicateurs (IQSS). L'évaluation et le suivi de ces indicateurs permet de s'assurer de la mise en œuvre effective sur chaque secteur. Un audit "Mini Ipaqss" permettant de s'assurer de la traçabilité de certaines données a été réalisée. Les items investigués concernaient le compte-rendu de l'examen initial, l'accord du patient sur le projet thérapeutique, la personne de confiance, le dossier de sortie (lettre, compte-rendu d'hospitalisation,...). Cet audit a été l'occasion de la réalisation d'une EPP sur cette thématique avec la constitution d'un groupe d'auditeurs.

Cette évaluation du dossier informatisé repose aussi sur les suivis des indicateurs IQSS, hôpital numérique ainsi que la déclaration et le suivi des évènements indésirables.

Les délais de transmissions des dossiers aux patients sont suivis avec la CDU. Ils sont conformes aux exigences réglementaires.

A / AGIR

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

Suite à l'audit réalisé, un plan d'actions institutionnel a été mis en place sur deux ans avec une restitution des résultats par service. Un rappel a été réalisé sur l'identification du patient, le recueil de la personne de confiance et l'amélioration des documents de sortie. Des actions de communication sont régulières avec en particulier la diffusion des résultats des actions entreprises auprès de chaque secteur.

Les indicateurs IQSS sont affichés au public.

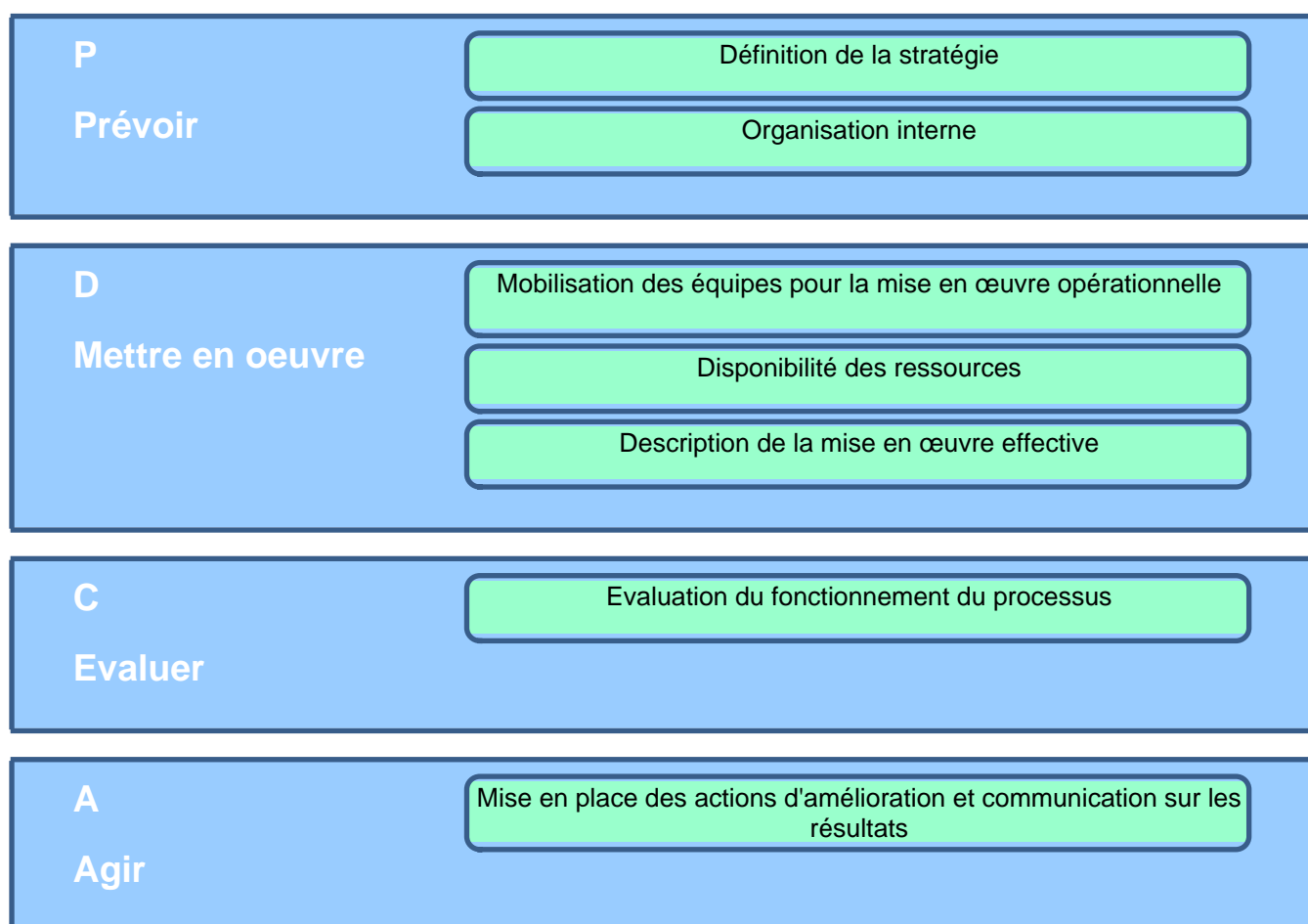
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le « Processus : Management de la prise en charge médicamenteuse » et dans le manuel d'assurance qualité, qui constituent la base du système de management de la prise en charge médicamenteuse.

Plusieurs dispositions de référence ont été prises en compte dans la définition des actions de sécurisation des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse : les indicateurs nationaux, les textes réglementaires (arrêté du 6 avril 2011), les recommandations de bonnes pratiques sur l'information des patients établies par la HAS en mars 2010, la circulaire DGOS du 14 février 2012 relative à la qualité de prise en charge médicamenteuses des établissements de santé.

La stratégie s'appuie également sur une identification des risques menée par le pharmacien, l'encadrement soignant, des professionnels de l'établissement avec l'appui et l'accompagnement de la direction qualité gestion des risques. Pour ce travail, différentes modalités et résultats d'évaluations ont été exploités : la cartographie des risques, des résultats d'audits (Audit des dotations, audit de prise en charge médicamenteuse), des patients traceurs et des CREX suite à des signalements d'évènements indésirables.

Les risques identifiés sont hiérarchisés à l'aide de la grille de maturité de la HAS.

Des risques prioritaires avec les moyens de maîtrise en place sont traduits dans le compte qualité où des objectifs d'amélioration sont définis en lien avec les mesures de traitement des risques identifiés.

Ces risques identifiés dans le compte qualité sont extraits du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (ou PAQSS) actualisé annuellement. Chaque objectif de ce programme se décline en actions, ciblant les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse. Pour chaque action est défini un responsable, des échéances et des modalités de suivi et implique comme explicitement inscrits dans le document formalisant cette politique :

- Une organisation à l'écoute du patient,
- Un pilotage par un responsable désigné,
- L'implication de tous les professionnels,
- Le management par approche système et processus,
- L'amélioration continue,
- Des prises de décisions factuelles et pérennes,
- Des relations mutuellement bénéfiques avec tous les partenaires.

Le COMEDIMS et le groupe de travail prise en charge médicamenteuse assurent le pilotage de la prise en charge médicamenteuse en définissant le plan d'action annuel. La CME détermine et s'assure de la mise en œuvre de cette politique de prise en charge médicamenteuse.

L'élaboration et la mise à jour du compte qualité sont assurées par le pharmacien, la directrice qualité gestion des risques, l'infirmière co pilote du processus.

ORGANISATION INTERNE

Pour piloter cette démarche, l'établissement a choisi de s'appuyer sur le COMEDIMS, permettant ainsi d'intégrer toutes les professions (IDE, préparatrice en pharmacie, encadrement, soignant...) intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des patients.

Le suivi du processus de sécurisation du circuit du médicament est réalisé au niveau du COMEDIMS et du groupe de travail.

Le pharmacien gérant de la PUI, Responsable du Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient coordonne la démarche avec l'appui de la Directrice Qualité. Ses missions sont précisées dans une fiche de missions. Des fiches de poste pour les préparatrices en pharmacie sont formalisées.

Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RMQPECM) a des missions définies qui sont :

- aider à la définition d'un système de management de la qualité, accompagner sa mise en œuvre et son évaluation,
- contrôler l'application des procédures avec les cadres des services de soin et aider les professionnels soignants à améliorer leurs pratiques,
- sensibiliser tous les acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse à la déclaration d'évènements indésirables,
- rendre compte au directeur et à la CME du fonctionnement de ce système et établir un bilan des actions annuel,
- à maintenir l'engagement du Centre hospitalier des Marches de Bretagne.

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) qui assure l'approvisionnement des médicaments de l'ensemble des unités de soins sur les 2 sites.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la Pharmacie sont identifiées (1 ETP pharmacien et des préparatrices).

Le pharmacien gérant, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est également le référent en pharmacovigilance et matériovigilance.

La liste des prescripteurs habilités, formalisée, à jour est établie à la pharmacie. Les médecins remplaçants sont identifiés sur cette liste.

Des formations et séances d'information sur la prise en charge médicamenteuse sont prévues.

Le dispositif d'intégration des nouveaux arrivants, prévoit un accompagnement des professionnels par l'infirmière co pilote du processus de la prise en charge médicamenteuse et la préparation à l'utilisation des outils informatisés de traçabilité.

L'organisation du circuit est établie selon des modalités déterminées en commun par les professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activité clinique, celle-ci est formalisée dans le manuel qualité et une procédure générale « Circuit du Médicament ».

Des procédures plus spécifiques sur l'organisation de la PUI, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé sont également proposées ainsi que quelques documents d'informations à l'attention des patients et des professionnels (livret thérapeutique du médicament pour un bon usage chez la personne âgée, affiche sur les « never events », règles des 5B, les bonnes pratiques IDE de sécurisation du circuit du médicament).

Tous les documents sont intégrés dans le système informatique de gestion documentaire de l'établissement.

L'établissement organise la mise à disposition des matériels de stockage et de transport des médicaments adaptés : réfrigérateurs et armoires ou chariots sécurisés, coffres pour les stupéfiants, caisses de transport sécurisées pour les médicaments et les solutés, ainsi que des PC portables pour l'enregistrement en temps réel de l'administration.

La sécurisation de l'accès à la PUI est organisée et les locaux disposent d'un bureau et de zones de stockage spécifiques (médicaments, dispositifs médicaux, solutés, consommables), d'un réfrigérateur muni d'un thermomètre et d'un coffre permettant le stockage des stupéfiants.

Une dotation pour besoins urgents en médicaments a été définie et mise en place dans les unités de soins sur les 2 sites.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète. La gestion du traitement personnel est organisée.

La PUI dispose d'un logiciel de gestion des stocks.

Les interfaces entre la PUI et les secteurs de soins sont organisés. Les circuits intègrent la gestion des déchets, la livraison dans les secteurs, le retour des périmés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plan d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses sont conduites lors des réunions de service, du COMEDIMS, du groupe de travail et par la directrice qualité gestion des risques qui rencontre régulièrement les équipes avec le pharmacien et l'infirmière co pilote, également à travers l'affichage, le journal interne.

Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient sont conduites au niveau de l'établissement. La directrice qualité, l'infirmière co pilote l'encadrement soignant sont très impliqués dans ces actions.

Il s'agit :

- de CREX (méthode REMED) ;
- d'évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- du recueil des indicateurs IQSS, organisé par le service Qualité ;
- de patients traceurs.

Par ailleurs, lors des réunions de direction, un résumé des analyses des fiches d'événements indésirables est expliqué pour être partagé avec les équipes (en continuité des CREX pour certains d'entre eux (erreur patient, erreur dosage etc...)).

Des actions d'amélioration sont identifiées et intégrées au programme d'action médicament et partagées avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles et permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun.

Le service pharmacie dispose d'un pharmacien et de préparateurs en pharmacie à temps partiels qui assurent la dispensation des médicaments 5 jours sur 7.

En dehors des heures d'ouverture de la PUI, une organisation, connue des professionnels, permet de répondre à un besoin urgent : une dotation pour besoins urgents, définie avec les médecins, en médicaments divers est accessible dans les unités de soins.

Afin d'optimiser la prescription de médicaments chez la personne âgée, un guide de bonnes pratiques sur le bon usage des médicaments chez la personne âgée est donné à l'ensemble du corps médical.

L'ensemble de la documentation relative au processus est disponible à tout professionnel via un dispositif de gestion électronique. Ces procédures tiennent compte de l'évolution de la réglementation et des dernières recommandations.

Des procédures spécifiques sont disponibles comme : gestion des périmés, conditions de stockage, circuit du médicament.

Le logiciel de prescription permet l'analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions. Le pharmacien réalise des alertes par le biais du logiciel au médecin prescripteur. L'évaluation de l'antibiothérapie entre 48h et 72h est rappelée au médecin prescripteur par l'envoi d'une alerte informatique.

Les professionnels de santé ont à leur disposition des supports d'information sur le bon usage des médicaments à risques tels que les anticoagulants, les modalités de conservation et d'utilisation des insulines... Les médicaments à risque sont signalés de manière claire bien que le pharmacien considère que tout médicament soit à risque et mérite une vigilance particulière.

La PUI, située au rez-de-chaussée est protégée par une porte munie d'un code. Une sonnette est dédiée pour solliciter de manière sécurisée le personnel de la pharmacie. Un local dans la PUI permet la réception de la livraison des colis. Le dé cartonnage se fait dans la PUI. La PUI dispose d'un coffre permettant le stockage des stupéfiants. La traçabilité du suivi des stocks de stupéfiants dans les services est conforme. La PUI dispose également d'un réfrigérateur, l'enregistrement quotidien de la température se fait à l'aide d'un thermomètre intérieur.

Les alertes descendantes se font sur plusieurs fax.

Pour optimiser la sécurisation de l'administration des médicaments, la PUI veille à délivrer des médicaments clairement identifiés avec l'organisation d'un étiquetage spécifique pour les médicaments à risque (étiquette rouge). Dans les services de soins, les équipements où sont stockés les médicaments (armoires, coffres à stupéfiants, chariots) sont fermés par digicode ou à clé.

Des fiches relatives au contrôle des périmés et de la température des enceintes réfrigérées des services sont à disposition des équipes et permettent d'assurer une traçabilité des vérifications réalisées.

Le transport des médicaments et des solutés est organisé selon un rythme de commandes et livraisons défini. Le matériel de transport est adapté (caisses scellées) pour les sites de Saint-Brice-en-Coglès et Antrain.

La procédure dégradée en cas de non accessibilité au logiciel est connue (support papier).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RMQPECM) met en œuvre les missions qui lui sont assignées.

Suite aux réserves de la première visite de certification, le dossier patient informatisé a été déployé de 2009 à 2010 sur tout le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et a inclus la prescription médicamenteuse.

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues dans les différents protocoles créés. Les règles sont connues des professionnels ce qui a été constaté lors des investigations terrain et des patients traceurs.

La traçabilité des différents contrôles et surveillance est assurée : contrôle des périmés et suivi des températures des réfrigérateurs.

Des mécanismes de coordination sont définis dès l'admission du patient, les informations concernant son traitement personnel sont recueillies par le médecin et le traitement prescrit. En cas d'arrivée tardive, le médecin référent anticipe avec la structure d'amont pour avoir le traitement personnel du patient.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins.

Une mention sur la gestion du traitement personnel du patient lors de son hospitalisation est réalisée dans le livret d'accueil, dans lequel il est rappelé que le traitement personnel ne doit pas être pris pendant l'hospitalisation, seuls les médicaments donnés par le pharmacien en interne sont utilisés.

Les prescriptions informatisées établies pendant l'hospitalisation respectent les règles de bonnes pratiques comme le confirment les visites de terrain et les patients traceurs réalisés.

Le conditionnement des médicaments comporte l'ensemble des éléments recommandés (nom commercial, DCI, dosage, voie d'administration, forme pharmaceutique, nom du fabricant, date de péremption, n° de lot) jusqu'au moment de la prise.

Les traitements personnels du patient sont gérés : les traitements sont soit remis à la famille à l'admission du patient soit gardés dans l'armoire à pharmacie du service dans des sachets identifiés au nom du patient. La procédure sur la gestion du traitement personnel du patient est connue et mise en œuvre des professionnels de santé.

A la sortie du patient, son traitement personnel lui est rendu après actualisation des modifications de traitement réalisées pendant son séjour.

La dispensation médicamenteuse est nominative, elle est réalisée par la pharmacie. Toutes modifications de traitement en cours de séjour font l'objet d'une nouvelle validation pharmaceutique avant dispensation. En complément, des médicaments en dotation globale sont disponibles dans les armoires à pharmacie des unités de soins, qui servent à pallier l'urgence. Un audit sur la composition des armoires à pharmacie a permis de revoir dans son ensemble la composition des armoires à pharmacie et de doter les unités de soins de médicaments pour pallier à des besoins exceptionnels.

L'administration des médicaments et la traçabilité sont assurées par les IDE en temps réel, directement sur le logiciel. Les motifs de non administration sont également tracés.

La traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient (prescription, dispensation et administration) est donc assurée dans le logiciel.

La notion de médicaments à risque est connue et les moyens de maîtrise sont mis en œuvre : une étiquette particulière "rouge" mentionne les médicaments identifiés sur la liste des médicaments à risques définis par l'établissement. Dans les armoires à pharmacie, un étiquetage spécifique est utilisé pour les médicaments à risques (étiquette rouge).

Le circuit de signalement de pharmacovigilance est opérationnel.

Les interfaces avec l'ensemble des services sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est réalisé (indicateurs IQSS, nombre de fiches d'événement indésirable, nombre de CREX, nombre de personnes formées/sensibilisées au circuit du médicament, nombre de signalement matériovigilance, nombre de signalement pharmacovigilance).

Le dispositif d'audit est structuré avec le soutien et l'accompagnement de la responsable qualité avec la mise en place des patients traceurs, des CREX et des EPP.

Le PAQSS est en place et réactualisé annuellement.

Le suivi des indicateurs est assuré par le pharmacien et la directrice qualité. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place avec CREX.

Des évaluations des pratiques professionnelles ciblées sur différents maillons du circuit du médicament sont mises en œuvre : ponctuellement (transport des médicaments) ou régulièrement sur la prescription (antibiotiques et réévaluation, médicaments de la personne âgée) et sur l'administration des médicaments. Elles permettent de s'assurer du bon respect des procédures (arrêté du 6 avril 2011).

A / AGIR

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

Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés à l'issue des audits internes (mise à jour de documents qualité ; poursuite de l'information sur le risque médicamenteux et les « never events » dans les services de soins). Le COMEDIMS assure un appui opérationnel dans les actions d'amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont suivies dans le cadre du plan d'actions annuel institutionnel. Ce plan d'actions couvre les différents champs de la thématique, il est piloté par le COMEDIMS et le groupe de travail, validé par la CME.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées suite aux différentes évaluations, par exemple : Révision des dotations des armoires à pharmacie.

Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats d'audits, le suivi des événements indésirables, un ajustement régulier est réalisé dans le programme d'amélioration institutionnel et le compte qualité.

Le partage des résultats se fait de premier abord auprès de la direction et de la CME. L'établissement prévoit différentes modalités et supports de communication auprès des professionnels tels que :

- Des séances d'information dans les unités de soins pour les équipes de jour et de nuit,
- L'intranet : procédures, compte rendu d'instances, compte rendu de réunion...
- Mois à thème,
- La diffusion et l'affichage de note d'information.

Les bilans sont communiqués à la CDU.