



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
HOUDAN**

42 rue de paris
78550 Houdan
SEPTEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
ANNEXE	40

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 DE HOUDAN	
Adresse	42 rue de paris 78550 Houdan
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1357	GCS YVELINES SUD HGMS PLAISIR	Plaisir 78370 PLAISIR
Entité juridique	780130027	CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN	42 rue de paris 78550 Houdan
Etablissement de santé	780000378	CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN	42 rue de paris 78550 Houdan
Etablissement de santé	780804027	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN	42 r de paris 78550 Houdan

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	20
SLD	SLD	30
SSR	SSR	17

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Droits des patients

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	Personne âgée	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Complexe (ex : ré-hospitalisation)	MCO
2	Adulte	HC - EVC/EPR	A définir	Programmé	Simple	SSR
3	Personne âgée	HC - Polyvalent	A définir	Programmé	Complexe (ex : ré-hospi. ou hospi en M avant)	SSR
4	Adulte	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

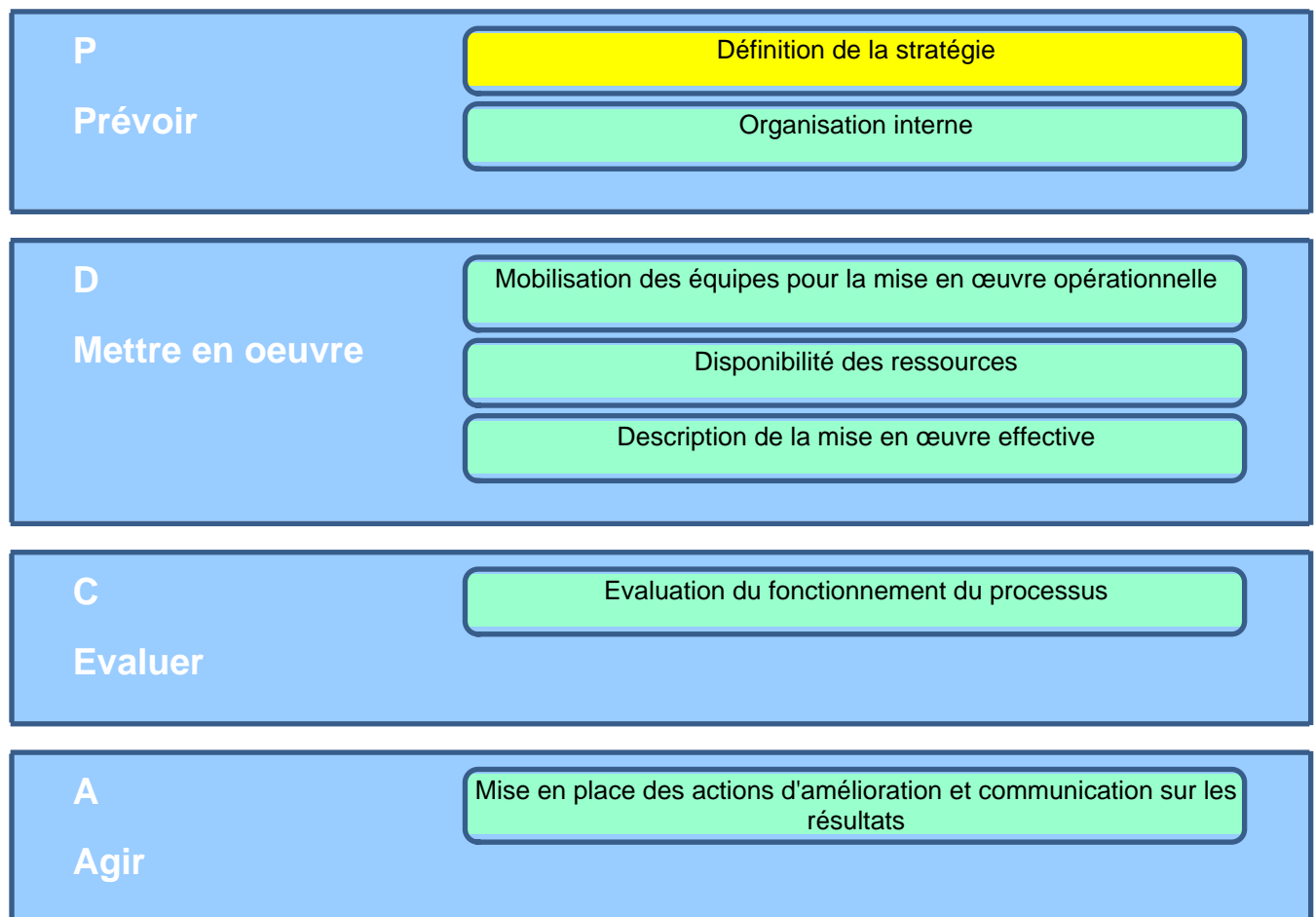
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de déploiement de la démarche qualité et gestion des risques à l'hôpital de Houdan est formalisée dans un document spécifique couvrant la période 2015-2017 définissant les engagements de la direction et de la CME dans ce domaine. Ce document a été élaboré en comité de direction élargi comprenant : la direction de l'établissement, le président de la CME, la coordinatrice des soins, la responsable qualité, la responsable des ressources humaines. La stratégie qualité a été déterminée en cohérence avec les orientations stratégiques du projet médical d'établissement. La direction a prévu de réajuster et de compléter ces orientations en fonction des évolutions du CPOM et de l'intégration au GHT du Sud Yvelines auquel est désormais rattaché l'établissement. La politique qualité et gestion des risques a été soumise aux différentes instances de l'établissement (directoire, CME, conseil de surveillance, CSIRMT, CDU, comité de pilotage certification). Les données utilisées pour hiérarchiser les priorités institutionnelles dans le domaine de la qualité proviennent de sources multiples tel que : les résultats des évaluations réalisées (EPP, RMM, CREX,), les analyses de risques a priori et a posteriori, le compte qualité élaboré avec le concours des pilotes identifiés et des professionnels les plus concernés.

La politique qualité et gestion des risques est déclinée dans un PAQSS 2013-2018 élaboré sur la base des résultats de la précédente certification, des indicateurs qualité, des résultats des EPP, de la gestion de crise et des analyses de risques en lien avec le compte qualité ainsi que des propositions du comité des risques des vigilances et de la qualité. Les risques identifiés et hiérarchisés dans le compte qualité ont été ciblés à partir des évaluations existantes et ils ont donné lieu à des plans d'actions structurés ayant associé des professionnels de terrain. La mise en œuvre et le suivi des plans d'actions établis par thématique sont réalisés par les pilotes des thématiques étudiées. Le compte qualité fait l'objet d'une présentation régulière en Comité de Direction (CODIR) et devant les instances de la CDU et de la CME. Une communication a été diffusée aux professionnels via le réseau intranet de l'établissement, le journal interne et l'encadrement. Les plans d'actions du compte qualité sont tous intégrés au PAQSS dont ils constituent l'ossature. Le document unique est élaboré et actualisé par la responsable des ressources humaines, chaque année, en étroite concertation avec le CHSCT toutefois, l'établissement n'a pas mis en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires à l'UPC. Les experts ont constaté, lors de la visite de certification, que n'avaient pas été mises en œuvre les actions correctives attendues à la suite du rapport de non conformité de l'unité de production culinaire rendu par les services vétérinaires en 2011 à l'occasion d'une déclaration de TIAC ayant concerné l'établissement. Cette non conformité a été reprise par l'ARS dans la synthèse du diagnostic du CPOM en 2015. L'ARS faisant mention d'une cuisine centrale hors norme. L'établissement n'a pas répertorié ce risque parmi les priorités du compte qualité ni inscrit d'action au PAQSS sur ce sujet. L'établissement n'a pas remis de plan d'action au regard de ce risque identifié comme important envers les usagers (patients et personnels) toutefois,

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a déterminé une organisation pour piloter et mettre en œuvre sa politique de management de la qualité et de la gestion des risques. Le pilotage de la thématique est assuré par un trinôme composé de la directrice de site, le président de la CME et la responsable qualité de l'établissement. Les missions des pilotes sont identifiées et une fiche de missions a été remise aux experts visiteurs lors de la visite. La démarche qualité est structurée autour du comité de direction élargi, en charge de la stratégie, et du Commission Qualité Risques et des Vigilances (CQRV) qui est l'instance opérationnelle de déploiement de la démarche qualité, de composition pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Cette structure, qui se réunit tous les mois, assure la coordination des différentes composantes du système de management de la qualité dont la commission EPP, le CREX, en charge du traitement des événements indésirables, la CDU et la cellule d'identitovigilance. De plus un comité de pilotage de la certification a été constitué réunissant autour de la direction, du président de CME et de la coordonnatrice des soins, l'ensemble des cadres de santé, pilotes de thématiques. Ce comité s'est réuni tous les mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions du PAQSS sont déclinés, pour chacune des onze thématiques qualité dans les unités de médecine, SSR, soins palliatifs, USLD à l'initiative des cadres de santé qui sont tous impliqués dans la démarche qualité à travers le pilotage d'une thématique. Ces plans d'actions correspondent à la démarche d'évaluation des risques a priori réalisée dans le cadre du compte qualité. Le dispositif de gestion des

évènements indésirables est décrit dans une procédure formalisée , accessible depuis le système de gestion documentaire. Les professionnels rencontrés lors des audits de processus , en médecine, en SSR et en USLD connaissent les modalités de déclaration des évènements indésirables ainsi que le circuit de gestion et de traitement des déclarations. En pratique, les fiches d'EI sont transmises par voie électronique à la responsable qualité et elles sont analysées en CREX pour toutes celles n'ayant pu obtenir de réponse dans le délai de 7 jours .

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences sont mises à la disposition des professionnels sous la forme de formations au patient traceur et aux méthodologies de la qualité avec le concours de la responsable qualité de l'établissement auprès des cadres de santé et des professionnels impliqués dans les groupes de travail constitués par thématique. Une coordonnatrice des risques associés aux soins est identifiée dont les missions sont décrites dans sa fiche de poste commune à la fonction de coordinatrice des soins de l'établissement . Les documents nécessaires aux professionnels sont mis à leur disposition sous forme de documents intégrés au système de gestion documentaire qui est opérationnel et connu des professionnels. Le déploiement des EPP est organisé par un médecin référent formé aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles. Des RMM sont mises en place avec le concours d'une infirmière formée à cette technique et dont un temps est dédié à cette mission d'accompagnement. Des RCP sont en place en soins palliatifs . Dans le domaine de l'identitovigilance , une infirmière dispose d'un temps dédié à l'accompagnement de la démarche de sécurisation des identités (bracelets, piluliers en médecine et en SSR) Les plans de crise sont formalisés, actualisés et accessibles depuis le logiciel de gestion documentaire .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des analyses de causes approfondies sont conduites dans les unités de soins sous l'impulsion de la coordonnatrice des risques associés aux soins en étroite concertation avec les équipes médicales et paramédicales. Une dizaine de RMM a été organisée au cours des deux années écoulées en soins palliatifs et en médecine avec l'appui d'une infirmière de l'unité de soins palliatifs , formée aux méthodes d'analyse des causes. Le document unique est élaboré et actualisé par la responsable des ressources humaines , chaque année, en étroite concertation avec le CHSCT . Toutefois l'appropriation des procédures de gestion des crise n'est pas évaluée dans le cadre d'exercices .

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits ont été réalisés au cours des années 2013 à 2015 dans le domaine du médicament et de la gestion des évènements indésirables liés au circuit du médicament . Les IPAQSS recueillis pour le secteur de SSR et, depuis 2016, pour les unités de médecine sont analysés en CQRV et en CODIR avant d'être présentés aux instances. Les FEI sont recensées et analysés et un bilan annuel est présenté en CQRV. Des audits ont été réalisés sur le système de gestion documentaire en 2014 et 2015.

A / AGIR

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

Des mesures ont été mises en œuvre par l'établissement à l'issue des audits du circuit du médicament en vue d'optimiser le circuit tel que la modification de la procédure de dispensation aux services et la création d'une liste de médicaments à risques complété par la participation du pharmacien aux CREX . Des plans d'actions sont programmés de 2016 à fin 2017 pour les données des indicateurs IPAQSS correspondant à des indicateurs inférieurs à 80% de taux satisfaction . Parmi ces actions un certain nombre sont réalisées tel que la grille d'évaluation du risque d'escarres intégrée au recueil de données informatisé, la mise à disposition d'un support informatisé de conclusion des observations médicales dans le dossier du patient . A l'issue des analyses d'évènements indésirables, des procédures ont été modifiées et un système de bracelet de géolocalisation a été mis en place à destination des patients et des résidents. Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des analyses d'EI , du tableau de bord des indicateurs et des résultats des EPP conduites dans l'établissement .

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>L'établissement n'a pas mis en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires à l'UPC</p> <p>Les experts ont constaté lors de la visite de certification que n'avaient pas été mises en œuvre les actions correctives attendues à la suite du rapport de non conformité de l'UPC rendu par les services vétérinaires en 2011 à l'occasion d'une déclaration de TIAC ayant concerné l'établissement. Cette non conformité a été reprise par l'ARS dans la synthèse du diagnostic du CPOM en 2015. L'ARS faisant mention d'une cuisine centrale hors norme. L'établissement n'a pas répertorié ce risque parmi les priorités du compte qualité ni inscrit d'action au PAQSS sur ce sujet . L'établissement n'a pas remis de plan d'action au regard de ce risque identifié comme important envers les usagers (patients et personnels) .</p>	8c
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'appropriation des procédures de gestion de crise n'est pas évaluée par des exercices.</p> <p>Le plan blanc n'a pas donné lieu à des exercices permettant de le tester en tout ou en partie</p>	8c

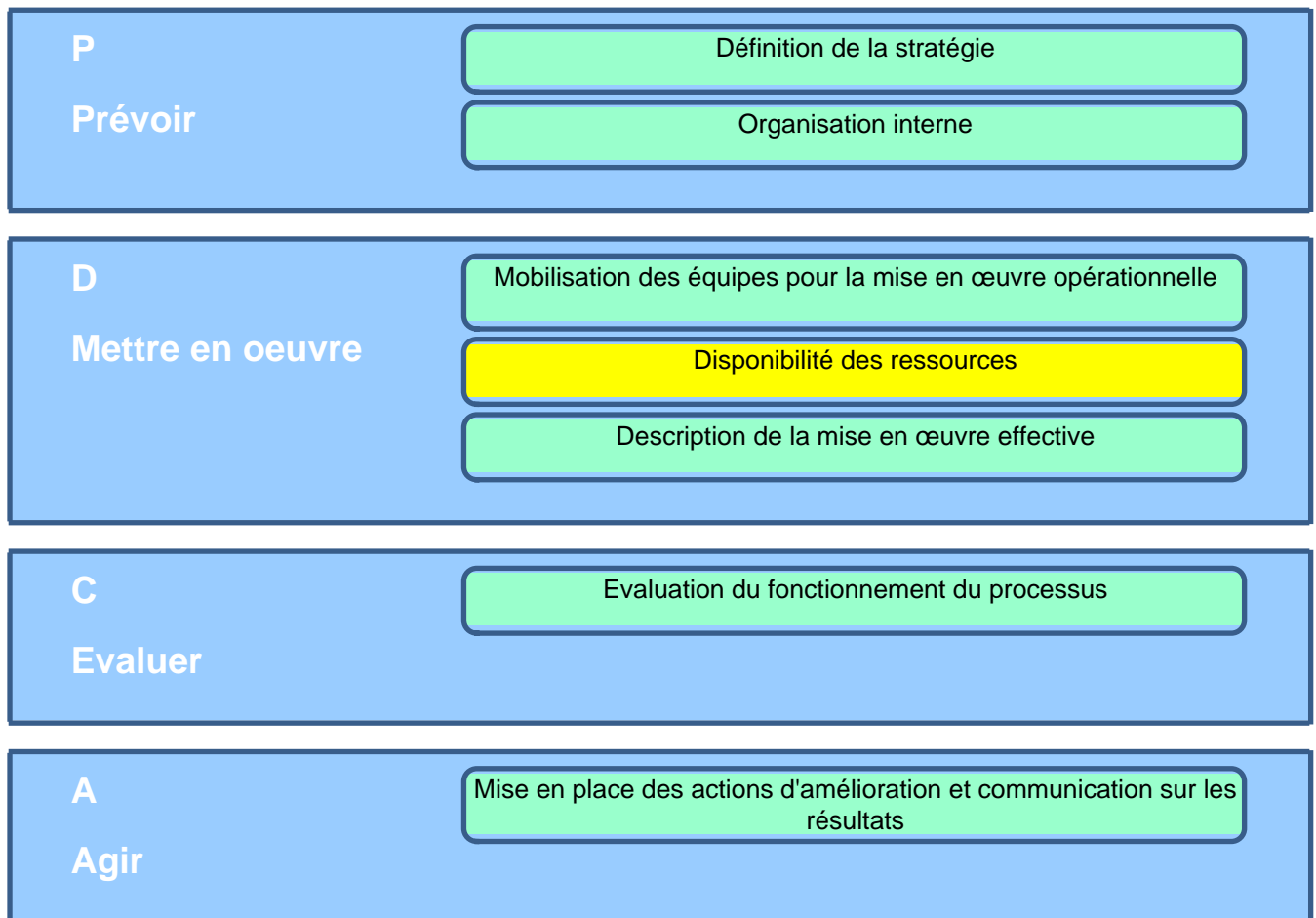
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

AU CH de Houdan, la stratégie du processus "gestion du risque infectieux" est déclinée dans le document intitulé "politique de maîtrise du risque infectieux" actualisé en mars 2016 avec 6 axes principaux. On retrouve ces éléments dans le projet médical 2013/2018 de l'hôpital de Houdan. La politique est déclinée à partir de l'identification du contexte et des missions de l'établissement qui a un rôle de proximité. Elle s'appuie sur un dispositif d'évaluation, un programme de formation des professionnels, l'information des usagers et visiteurs, la promotion du bon usage des antibiotiques et la surveillance des BMR. L'analyse des risques propres à l'établissement a été établie à partir des résultats d'audits et des enquêtes, sur la base des événements indésirables, à l'issue des résultats de la certification V2010, à l'appui des indicateurs ICALIN et en prenant en compte les évolutions de la réglementation. Les professionnels ont été associés à la démarche, notamment les correspondants en hygiène (en lien avec l'EOH) et le référent sur l'antibiothérapie. Cinq risques ont été identifiés et priorisés dans le compte qualité. Un plan d'action a été élaboré avec les modalités de suivi. Il est intégré au programme d'actions qualité global de l'établissement (PAQ) après validation en COPIL, CQRV et présentation en CME. La stratégie validée par les instances concernées (CLIN), est déclinée dans le programme annuel du CLIN dont les actions sont formalisées et priorisées. Il porte en particulier sur la création et l'actualisation des protocoles de bonnes pratiques en hygiène, la réalisation des audits, les actions de formation et communication.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus gestion du risque infectieux est assuré par la présidente du CLIN et la coordinatrice des soins (également gestionnaire des risques liés aux soins et cadre hygiéniste). Il s'appuie sur l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et sur les correspondants en hygiène désignés dans chaque service (IDE, AS). A partir de 2017, un praticien hygiéniste du Centre Hospitalier de Rambouillet interviendra à 0,10 ETP au CH de Houdan. La présidente du CLIN est pharmacienne au CH de Houdan. Le médecin référent sur l'antibiothérapie a été remplacé et nommé lors de la réunion CME du 12 décembre 2016. Le rôle du CLIN est décliné dans son règlement intérieur de juillet 2012. Il définit les liens entre les soignants et les correspondants hygiène. Les rôles et responsabilités de la cadre hygiéniste et du responsable de l'hygiène hospitalière sont identifiés et formalisés dans leur fiche de poste.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Les ressources humaines qualifiées sont adaptées aux besoins de l'établissement, à la fois, par le recours aux compétences internes (correspondants en hygiène et personnes ressources : pharmacienne, président de CME, référent antibiotique, médecins prescripteurs, encadrement soignant), et également, par le recours aux compétences externes mises à disposition à partir de 2017 (Praticien du CH de Rambouillet dans le cadre du GHT). L'organisation de l'entretien des locaux repose sur une équipe interne qui réalise l'entretien des locaux communs et l'équipe des Aides-soignantes et ASH pour l'entretien des chambres et de l'ensemble des locaux directement liés à l'activité de soins. Les missions de chaque équipe sont définies. L'organisation du travail est planifiée et l'EOH assure le suivi et la formation des agents. L'organisation pour la promotion du bon usage des antibiotiques s'appuie sur le référent qui intervient en lien avec les professionnels de l'établissement (prescripteurs, pharmacienne et Cadre hygiéniste). La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures est organisée à partir du dossier patient informatisé. Elle a fait l'objet d'un axe d'amélioration et d'une réflexion interne pour identifier les modalités de sa traçabilité. La formation périodique des professionnels à l'hygiène (notamment, pour l'entretien des locaux, prévention du risque infectieux) et au bon usage des antibiotiques est organisée, y compris pour les nouveaux arrivants. La gestion documentaire est organisée, à partir du site Intranet et sous forme papier dans le classeur Hygiène présent dans l'unité de Médecine. L'évaluation périodique du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, est organisée. Elle apparaît notamment dans le bilan du CLIN, sur la base des audits programmés et à partir du suivi des indicateurs. Des actions d'amélioration du dispositif sont identifiées au regard des résultats obtenus.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation et la coordination entre professionnels et entre secteurs d'activité. Pour la surveillance microbiologique (eau, BMR), le lien est établi avec les prestataires externes et le laboratoire du CH de Dreux (transmission des résultats et alertes sur la surveillance bactériologique). La restitution est faite aux médecins et aux cadres qui assurent la communication aux équipes. En interne, les interfaces sont organisées avec les services techniques pour les actions de prévention et de suivi lors de la réalisation de travaux et en lien avec les prestataires du secteur pour le suivi du carnet sanitaire de l'eau. L'organisation est également définie avec les services logistiques pour la gestion des déchets, le traitement du linge et les transports. La gestion des événements indésirables est prévue avec une analyse mensuelle par le comité de retour d'expérience

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'équipe opérationnelle d'hygiène assure la coordination avec l'encadrement pour la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, dans les différents services de soins ou en lien avec les fonctions supports (technique, logistique, administratif), ainsi que pour l'application des procédures d'hygiène des locaux. La mise en œuvre de la promotion du bon usage des antibiotiques s'appuie sur les recommandations générales décrites dans le guide d'antibiothérapie de mars 2015. L'encadrement et l'EOH sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur unité. Lors des investigations dans les services, il a été constaté une sensibilisation et une implication des professionnels médicaux et non médicaux autour de la surveillance et de prévention du risque infectieux. Les informations sont communiquées en particulier lors des interventions de l'encadrement au moment des transmissions quotidiennes. La formation des professionnels à l'hygiène, est réalisée par le pharmacien et la Cadre hygiéniste en interne (Prévention des transmissions croisées en 2016) ou par des organismes de formation (Bio nettoyage en 2016). Le pharmacien (référént hygiène) est bien identifié dans les services, de même que les correspondants en hygiène. Les réunions des correspondants en hygiène sont régulières. Ils ont été réunis en 2015 pour identifier les risques du processus.

La formation des professionnels au bon usage des antibiotiques est assurée par le pharmacien et la Cadre hygiéniste. Le programme de formation a été modifié suite à un audit réalisé sur les connaissances par le pharmacien en 2016. Les médecins de la structure sont également sensibilisés au bon usage des antibiotiques comme en témoigne la réflexion partagée et constructive autour de la réévaluation de l'antibiothérapie. L'encadrement et l'EOH s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des audits réguliers sont effectués en lien avec l'EOH et l'encadrement. Le contrôle sur l'entretien des locaux est assuré. Les évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont effectuées, notamment à l'aide d'indicateurs. Les résultats des indicateurs nationaux sont exploités et communiqués au sein des unités. A la suite des déclarations d'événements indésirables, en fonction des résultats des indicateurs ou audits, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre. Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus portent en particulier sur l'amélioration des indicateurs nationaux et sur la réévaluation de l'antibiothérapie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les effectifs et les compétences sont adaptées aux besoins des unités. Les formations périodiques des professionnels à l'hygiène et au bon usage des antibiotiques, inscrites au plan d'actions du CLIN et au plan de formation sont réalisées soit par des ressources internes ou par des organismes de formation. La cadre hygiéniste possède un DU hygiène et le pharmacien est en cours de validation du DU « prévention des infections liées aux soins ». Les professionnels chargés de l'entretien (locaux, réfrigérateurs, chariots repas, désinfection des dispositifs médicaux) sont formés.

Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux actualisées sont disponibles sur l'Intranet et sous format papier dans un classeur hygiène en service de médecine et SSR. Les protocoles et documents de traçabilité concernant l'entretien des locaux sont disponibles dans les unités.

Le matériel pour l'entretien des locaux est adapté : stock de produits, chariots ménage pour exemples. Le matériel mis à disposition est adapté aux pratiques (équipements de protection individuels, distributeurs de SHA, conteneurs et sacs pour les déchets et linge facilement identifiables).

L'identification d'une chambre affectée à un patient en isolement est réalisée par affichage, de manière efficace pour les professionnels et le public.

Les locaux de l'unité de médecine ne permettent pas de respecter le circuit propre sale pour la décontamination des bassins. L'unité ne dispose pas de lave bassin: les agents décontaminent les bassins dans une pièce située à l'étage inférieur dans lequel des dispositifs médicaux propres (matelas, pieds à perfusion...) sont stockés. Alertés par les experts visiteurs l'encadrement propose un autre lieu de stockage pour les dispositifs médicaux propres au cours de la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les agents rencontrés lors des visites terrains connaissent l'organisation définie. Les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont disponibles, actualisées, connues

par les professionnels du soin et pour l'entretien des locaux. Les circuits sont respectés lorsque les locaux sont adaptés et les interfaces entre unités sont opérationnelles. Les règles de bon usage des antibiotiques décrites dans le guide des antibiotiques sont connues des professionnels rencontrés pendant la visite. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures a fait l'objet d'actions correctives en 2016 et les résultats du dernier audit montrent une nette amélioration de la réévaluation. Les professionnels chargés de l'entretien (locaux, réfrigérateurs, chariots repas) appliquent les règles de bonnes pratiques définies dans l'établissement. Cependant, l'entretien des chambres n'est pas systématiquement tracé par les agents qui réalisent la tâche comme le prévoit la procédure entretien des locaux en vigueur dans l'établissement. Les feuilles de traçabilité de l'année 2016 et de janvier 2017 consultées en service de médecine et EVC montrent une traçabilité partielle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité annuel du CLIN). Le dispositif d'évaluation mis en place dans la structure repose sur le programme du CLIN qui prend en compte les actions du PAQ basé sur le suivi des actions liées, aux visites de certification, aux résultats des indicateurs nationaux et audits internes et aux résultats de l'EPP BMR en cours depuis 2005 et ayant fait l'objet d'évaluations en 2016. Un programme annuel d'audits est réalisé (par exemple : audit de connaissances et respect des précautions standards complémentaires, audit déchets dont collecteurs à aiguilles). Il est enrichi de la prise en compte des événements indésirables et réclamations qui surviennent en cours d'année. Par ailleurs, un suivi des consommations d'antibiotiques est réalisé. Le CH de Houdan suit les indicateurs nationaux ainsi que d'autres indicateurs internes (personnel formés, nombre d'EI, de plaintes et réclamations). Les actions de suivi effectuées au niveau du carnet sanitaire de l'eau sont prises en compte dans le dispositif d'évaluation à partir des résultats des prélèvements. Les résultats des évaluations sont formalisés dans le bilan annuel du CLIN.

A / AGIR

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

Certaines actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le PAQ qui est révisé chaque année. Ces actions d'amélioration identifiées font l'objet d'un suivi et d'un réajustement annuel en fonction de l'atteinte de l'objectif ou non pour la préparation du programme du CLIN de l'année suivante. Le suivi des plans d'action du compte qualité est assuré par les pilotes qui présentent les résultats en CQRV et COPIL.

D'autres actions d'amélioration sont issues des évaluations conduites au cours de l'année et des actions engagées à l'issue des résultats (audits, résultats des indicateurs nationaux). La réévaluation de la prescription de l'antibiothérapie n'était pas tracée de manière régulière. A la suite de cette alerte, un plan d'actions d'amélioration a été mis en place au sein de la communauté médicale avec la mise en place d'un suivi des résultats qui a montré une nette amélioration des résultats. Suite à la formation réalisée en 2016 sur le bio nettoyage, une réflexion est en cours pour l'acquisition de nettoyeurs à vapeur. Les programmes d'actions de formation sont ajustés en fonction des points critiques identifiés à l'issue des évaluations de pratiques: pour exemple audit de connaissances réalisé en 2016.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers (affichage des résultats d'indicateurs, articles dans le journal interne). Le retour des informations aux professionnels est assuré par l'intermédiaire de l'encadrement au moment des transmissions.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les locaux du service de médecine ne permettent pas de respecter le circuit propre sale pour la décontamination des bassins.</p> <p>Le service ne dispose pas de lave bassin. Les agents décontaminent les bassins dans une pièce située à l'étage inférieur dans lequel des dispositifs médicaux propres (matelas, pieds à perfusion...) sont stockés.</p> <p>Alertés par les experts visiteurs l'encadrement propose un autre lieu de stockage pour les dispositifs médicaux propres au cours de la visite.</p>	8g
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'entretien des chambres n'est pas systématiquement tracée par les agents qui réalisent la tâche comme le prévoit la procédure entretien des locaux en vigueur dans l'établissement.</p> <p>Les feuilles de traçabilité de l'année 2016 et de janvier 2017 consultées en service de médecine montrent une traçabilité partielle.</p>	8g

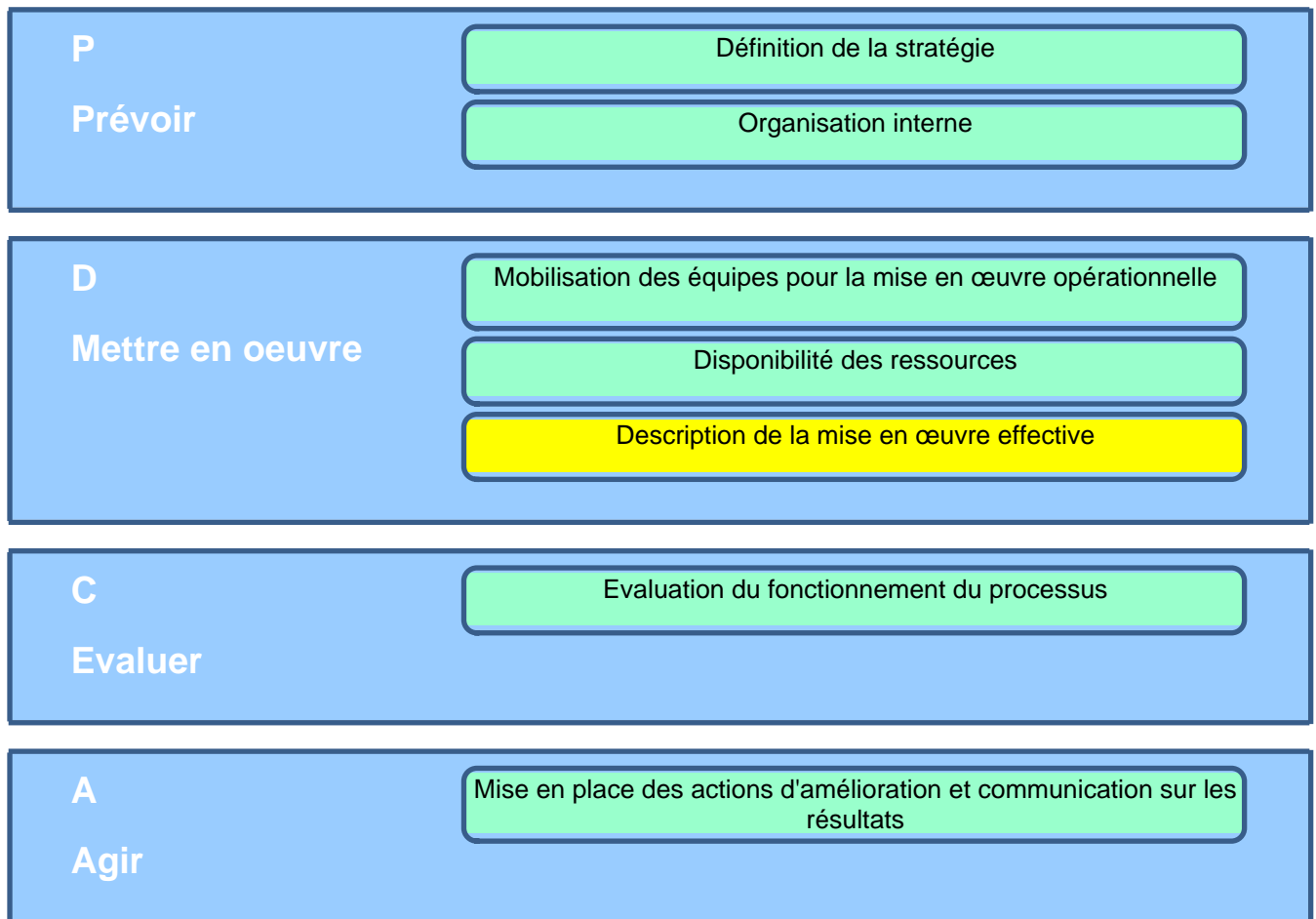
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical 2013-2018 comporte une partie consacrée à la politique des droits du patient témoignant d'un engagement institutionnel à délivrer une information claire et compréhensible sur les soins et l'état de santé du patient, à promouvoir le recueil de la personne de confiance, les directives anticipées, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, la confidentialité des informations relatives au patient. L'identification et la priorisation des risques relatifs à la bientraitance et aux droits des patients ont été effectués en groupe de travail pluri professionnel associant des professionnels de l'ensemble des unités du secteur sanitaire de l'établissement dans le cadre du compte qualité. Un binôme composé de la coordinatrice des soins et d'un cadre de santé a encadré cette démarche conduite au vu des données issues des résultats des audits réalisés dans le domaine de la bientraitance, de la contention, de la remise du livret d'accueil ainsi que des fiches d'événements indésirables, des plaintes et des réclamations de patients. Sur la base de ces données, les risques prioritaires ciblées dans le compte qualité ont trait à la remise systématique du livret d'accueil aux patients hospitalisés, à la traçabilité de la réévaluation des prescription de contention, à la formalisation du projet thérapeutique, au respect de la confidentialité, à la recherche systématique de la personne de confiance, à la recherche des directives anticipées, l'évaluation de la prise en charge de la douleur. Ces risques prioritaires ont donné lieu à des plans d'actions structurés et intégrés au PAQSS de l'établissement pour la période 2013-2018. Ces plans d'actions comportent des échéances, des responsables, un bilan de réalisation et ils ont été validés en CME, en CDU et en comité de pilotage de la certification ainsi qu'en comité de la qualité des risques et des vigilances. Les plans d'action ont été présentés aux représentants d'usagers en CDU.

ORGANISATION INTERNE

le pilotage de la thématique est assuré par la coordinatrice des soins et en charge de ce processus pour l'ensemble des unités du secteur sanitaire de l'établissement. L'établissement a mis en place un programme de formation triennal sur la bientraitance à destination des cadres de santé et des professionnels de soins. La totalité des cadres de santé ainsi que plus de la moitié des personnels paramédicaux a été formé dans le cadre d'un programme de trois jours centré sur des situations concrètes de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Plusieurs protocoles sont à la disposition des professionnels dans les domaines suivants: la contention, la désignation de la personne de confiance, l'aide à la rédaction des directives anticipées, le guide du décès, le consentement éclairé et le certificat de refus de soins assortis de formulaires et de supports à l'usage des professionnels. Une fiche de 10 recommandation de bientraitance, élaborée avec les professionnels des unités de soins, est affichée à l'entrée des unités d'hospitalisation. Les fiches d'événements indésirables permettent le signalement des cas de maltraitance. Une procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est à la disposition des soignants. Parallèlement une fiche de recommandations relative à la confidentialité est à la disposition des professionnels à travers le logiciel de gestion documentaire. Le livret d'accueil comporte une information des patients sur leurs droits, le rôle de la CDU, les notions de personnes de confiance, de directives anticipées, de confidentialité et sur les modalités d'accès au dossier médical. Les interfaces entre les groupes de travail constitués sur les thématiques droits des patients et dossier sont assurées par le pilote des processus qui est la coordinatrice des soins et par le comité de pilotage de la certification.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

les cadres de l'ensemble des unités d'hospitalisation sont pilotes de thématiques et tous sont impliqués dans la démarche qualité. Ils sont en charge du déploiement des plans d'actions au sein de leurs unités et des points d'étapes réguliers ainsi que des sensibilisations des équipes de soins sont effectuées à l'issue des transmissions. A cet effet, les transmissions quotidiennes entre soignants comportent un temps identifié comme étant dédié à la vie de l'établissement et à la qualité. Des bilans sont réalisés à périodicité bi mensuelle lors des réunions de cadres de santé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en formation sont à la disposition des professionnels à travers le plan de formation institutionnel et une check - liste des données à recueillir à l'admission a été actualisée et mise à la disposition des professionnels incluant les informations relatives à la personne de confiance, au consentement aux soins, aux directives anticipées. Une procédure de conduite à tenir en cas de maltraitance est à la disposition des professionnels et des sensibilisations ont été réalisées par les cadres de santé en complément des formations à la prévention de la maltraitance et promotion de la

bientraitance . Le système de déclaration inclut le cadre comme destinataire du signalement . Les médecins ont développé des pratiques et une organisation permettant le recueil du consentement et du refus de soins tracé dans le dossier comme l'ont révélé les audits de patients traceurs en SSR, Médecine, USLD . Des espaces d'accueil sont à la disposition des familles dans les secteurs de soins palliatifs et d'USLD. Par ailleurs deux chambres sont proposées aux familles de patients hospitalisés et des lits d'appoint peuvent être installés dans les chambres individuelles sur demande des familles . Des chartes de bientraitance et de la personne accueillie sont apposées à l'entrée des unités d'hospitalisation .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont organisés par les médecins, les professionnels paramédicaux avec le concours du psychologue dans les situations qui le nécessitent . Les éléments du projet thérapeutique sont déterminés en étroite concertation avec le patient et son entourage . A titre d'illustration, en unité d'EVC , la famille est systématiquement rencontrée et informée du projet de prise en charge du patient . Dans l'unité de soins palliatifs,l'information du patient sur le projet thérapeutique proposé est effectuée le jour de l'admission et le plus rapidement que possible auprès de la famille. Les éléments du projet thérapeutique sont discutés, le plus souvent, en staf pluri professionnel . Ainsi, dans l'unité de soins palliatifs, les Infirmières assistent aux réunions de synthèse . En USLD, les données du projet thérapeutique sont formalisées dans une fiche de synthèse. Les chambres doubles en médecine , SSR et en USLD sont toutes équipées de rideaux séparatifs permettant le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Les professionnels adaptent la réalisation des soins à la contrainte des chambres doubles.

Toutefois, l'organisation de l'établissement ne permet pas le respect de la confidentialité des informations délivrées au patient. Dans les chambres doubles , lors des entretiens médicaux avec un patient , l'échange a lieu en présence d'un autre patient ce qui ne permet pas de garantir la confidentialité. Vu la population prise en charge (personnes âgées invalides) il n'est pas possible d'obtenir un déplacement de patients alités et de garantir la confidentialité des informations délivrées aux patients hospitalisés. Ce constat a été fait en USLD et en médecine .

Les contentions, rarement requises dans les pratiques au quotidien , font l'objet d'une prescription médicale initiale sur support papier. Toutefois,les mesures de contention font l'objet d'une prescription médicale écrite mais non réévaluée selon les recommandations de bonnes pratique La réévaluation médicale est réalisée à l'aide d'un support de prescription selon la périodicité de 48h en cas d'urgence et de 8 jours à 2 mois dans les autres cas ce qui ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES en octobre 2000. La prescription de contention devant être réévaluée toutes les 24H.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction est réalisée à travers les questionnaires de sortie et l'enquête i-satis . Des audits ont été effectués sur le taux de traçabilité de la personne de confiance , sur la connaissance par les professionnels du livret d'accueil , sur la bientraitance , sur le respect de la confidentialité et de la bientraitance. Les indicateurs IPAQSS sont évalués en continu sur le secteur SSR et l'établissement les a généralisé en 2016 à l'ensemble des secteurs sanitaires de l'établissement .

A / AGIR

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

les audits réalisés auprès des professionnels sur la remise du livret d'accueil par les professionnels, sur la connaissance de la maltraitance , sur la confidentialité ont donné lieu à des actions correctives . A titre d'exemple : la check-list de recueil des données à l'admission inclut la remise du livret d'accueil par un professionnel soignant. Les audits de bientraitance ont été à l'origine de la programmation de formation de 3j sur 3 ans à destination des personnels soignants.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'organisation de l'établissement ne permet pas le respect de la confidentialité des informations délivrées au patient Dans les chambres doubles , lors des entretiens médicaux avec un patient , l'échange a lieu en présence d'un autre patient ce qui ne permet pas de garantir la confidentialité . Vu la population prise en charge (personnes âgées invalides) il n'est pas possible d'obtenir un déplacement de patients alités et de garantir la confidentialité des informations délivrées aux patients hospitalisés en chambres doubles. Ce constat a été fait en USLD et en médecine .	10c
	PS	Les mesures de contention font l'objet d'une prescription médicale écrite mais non réévaluée selon les recommandations de bonnes pratique La réévaluation médicale est réalisée à l'aide d'un support de prescription selon la périodicité de 48h en cas d'urgence et de 8 jours à 2 mois dans les autres cas ce qui ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES en octobre 2000. la prescription de contention devant être réévaluée toutes les 24H.	10e

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

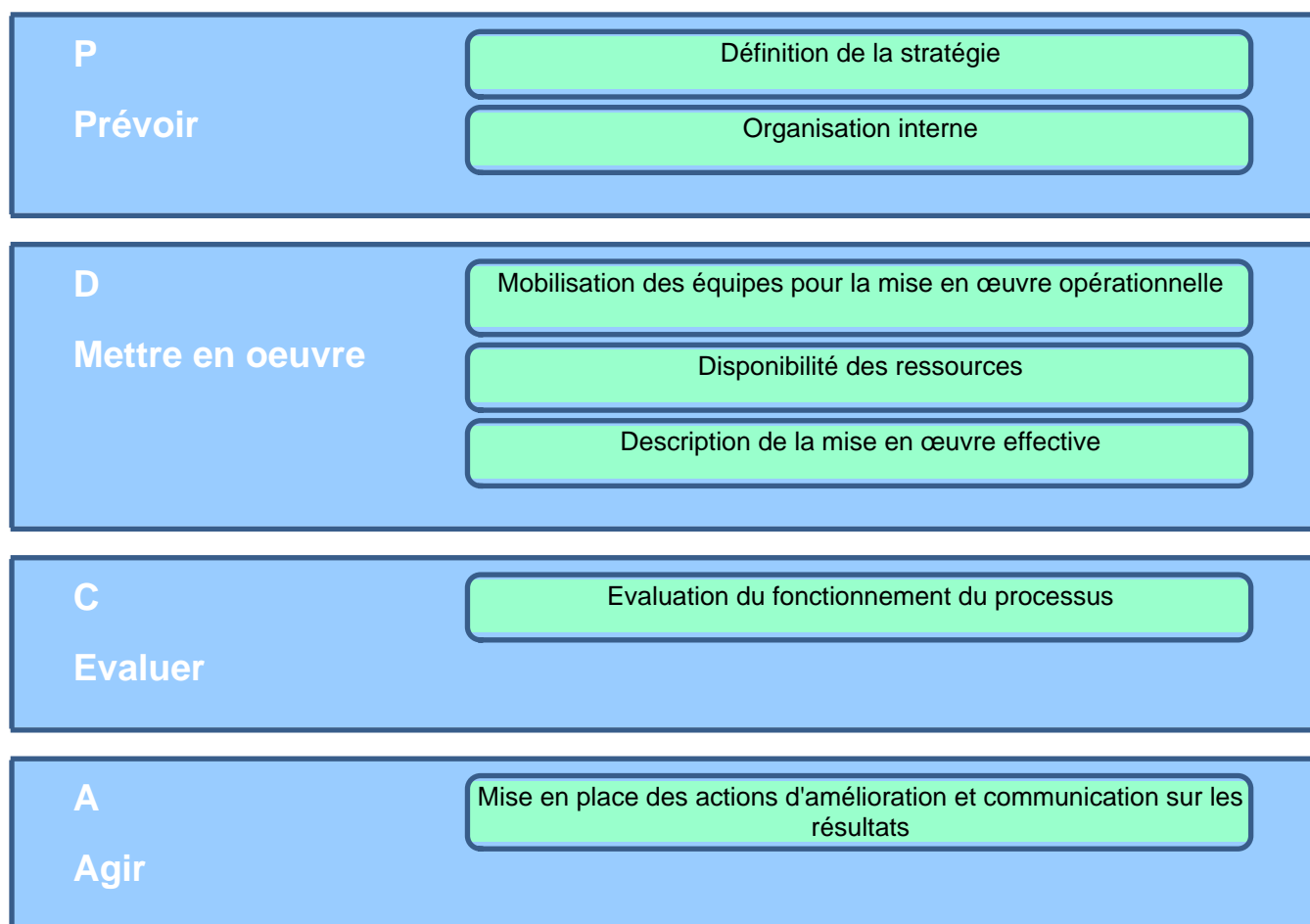
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital de Houdan est un hôpital de proximité comprenant sur le plan sanitaire 20 lits de médecine dont 6 lits de soins palliatifs, 11 lits de SSR polyvalent, 30 lits d'USLD, 6 lits EVV /EPR, une équipe mobile Soins palliatifs, une équipe mobile Plaie et Cicatrisation et un centre de santé. Les orientations stratégiques actuelles de l'établissement reposent sur un projet médical 2013 - 2018 rédigé par le CH de Houdan en partenariat avec le CH de Dreux et un projet de service spécifique à l'USLD. Depuis juillet 2016, le CH d'Houdan est membre du groupement hospitalier de territoire des Yvelines Sud. Un projet médical partagé est en cours de validation redéfinissant les objectifs médicaux par filière sur le territoire. Une négociation en cours du CPOM a pour objectif un transfert géographique du service de SSR sur le site de la Fondation Mallet à Richebourg, une augmentation de la capacité des lits de soins palliatifs portés à 10 lits et une restructuration des services existants sur le site d'Hourdant. Dans le cadre de l'analyse de ses besoins, l'établissement a pris en compte la nécessité de renforcer l'ensemble de ces partenariats avec les structures hospitalières de proximité au regard des objectifs du SROS/PRS, des exigences réglementaires. La stratégie "parcours patient" est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Un groupe de travail en novembre 2015 a été mené au sein de la structure à partir des patients traceurs des services sur différents critères du manuel (accueil, prise en charge des urgences vitales, coordination, sortie...), des fiches d'événements indésirables, du bilan des plaintes et réclamations, des questionnaires de sortie, des audits de pratique. Il a permis de faire un état des lieux et de faciliter l'identification et la hiérarchisation des risques en lien avec la CME et le COPIL. Les objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques issus de cette analyse sont déclinés dans le programme qualité et sécurité de soins institutionnel 2013-2018 qui en précise les modalités de mise en œuvre (responsables, échéances, modalités de suivi...). Il est priorisé et alimente le compte qualité. Cette stratégie est validée par les instances concernées, CME et COPIL. Elle est présentée à la CDU et fait partie des temps d'échange par les cadres des services auprès du personnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage institutionnel repose sur un binôme représenté par le président de la CME et la direction. Le pilotage opérationnel est représenté par un cadre de soins et un médecin. Une fiche de mission "pilote de processus" définissant leurs objectifs nous a été remis en cours de visite.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement est en cours de réorganisation pour mieux répondre aux besoins en ressources humaines concernant une nouvelle ventilation du personnel soignant dans les services en fonction des besoins spécifiques. Le plan de formation de ces trois dernières années a permis de planifier une formation pour l'ensemble du personnel en adéquation avec les spécificités des prises en charge de la structure et en intégrant les souhaits exprimés lors des entretiens annuels. Les ressources matérielles (locaux et équipements...) sont en cours de réflexion dans un projet de restructuration globale en tant que membre du GHT Yvelines Sud.

L'établissement a organisé sa réponse par rapport à ses ressources documentaires permettant l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La mise à disposition des documents est organisée selon un dispositif de gestion documentaire électronique (Blue Medi). La documentation est actualisée périodiquement selon l'évolution des recommandations en vigueur et rendue accessible à l'ensemble des acteurs de terrain (protocoles, procédures, modes opératoires, enregistrements...). Les règles de présence et l'organisation des astreintes médicales assurent une continuité des soins 24h/24. Une présence médicale est effective sur site le jour et la nuit selon un tableau d'astreinte diffusé à l'ensemble des acteurs.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activités. L'interface avec les structures sanitaires ou médico-sociales d'amont est assurée en partie informatiquement par Trajectoire pour le service SSR et USLD et Corpalif pour le service de Soins Palliatifs et par support papier pour les autres demandes d'admission. Des échanges interprofessionnels permanents entre les services favorisent les synergies entre les structures. Un centre de santé assuré en partie par le personnel médical de l'établissement facilite les transferts médicaux entre l'hôpital d'Houdan et les structures de proximité selon les besoins repérés. De nombreux partenariats sont formalisés entre structures d'amont et d'aval sur le territoire santé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé assurent la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant le parcours patient

sur le terrain. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (recommandations, procédures, protocoles...) avec le suivi de points de conformité (ex: suivi des armoires à pharmacie). Cette déclinaison repose sur une concertation facilitant l'implication des équipes, notamment par des temps de communication oraux fréquents, des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires, des réunions d'encadrement avec la direction. Ainsi une sensibilisation "au quotidien" des professionnels est effective sur le terrain. Elle est soutenue par des échanges interprofessionnels pour toute modification organisationnelle. Cette sensibilisation porte également sur l'incitation au signalement des événements indésirables, sur le réajustement de nouveaux protocoles, sur l'évaluation de pratiques... Au regard de la taille de la structure, certains membres du personnel sont impliqués activement dans la déclinaison des programmes d'actions dans leur unité de soins car ils sont intégrés dans des groupes de travail comme par exemple le patient traceur, les EPP ou sont membres de certaines instances comme le CLIN, le CLUD, le CDU... Ainsi ils peuvent participer aux analyses de certaines pratiques et constituer un relais efficace entre le management de l'activité et la mise en œuvre. Les professionnels déclarent les événements indésirables dans une approche partagée d'amélioration des pratiques. Ils sont associés aux actions correctives qui sont mises en place en cas de besoin suite à ces déclarations et aux évaluations de pratique. Les analyses et résultats de ces événements indésirables sont communiqués aux équipes et mis à leur disposition sur le portail de gestion documentaire (Blue Medi) ou par messagerie interne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées aux prises en charge des services. Le plan de formation reprenant le développement continu en interne des compétences spécifiques aux différentes activités pour tout personnel soignant est mis en œuvre (prise en charge de la douleur, accompagnement des résidents en fin de vie, suivi de deuil, prévention des risques de maltraitance, plaies et cicatrisation, gestes d'urgence ...). Des formations aux prises en charge spécifiques des gestes d'urgence sont programmées pour l'ensemble du personnel. Plus de 20 agents par année sur 2014-2016 ont bénéficié de cette formation. Des échanges d'expériences entre professionnels au travers d'une " cellule de formation" au sein de l'établissement renforcent le partage et la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques. Des formations diplômantes (DU « prise en charge des urgences » 2015, DU Soins palliatifs en 2014 et 2016, DU d'Hypnose en 2016, DU Alzheimer et démence apparentée en 2016, ...) permettent les qualifications reconnues du personnel. Les effectifs soignants sont en concordance avec la charge en soins au regard de la spécialité. Cependant, les formations ne touchent pas l'ensemble des sujets liés au parcours patient. Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Le plan de formation des trois dernières années ne retrouve pas de formation sur le risque suicidaire. De plus, des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage liés aux soins ne sont pas menées. Il n'a pas été retrouvé de sensibilisation, ni de formation du personnel dans le plan de formation de ces trois dernières années sur cette thématique.

Une étude architecturale des locaux existants a été engagée au vue de réajuster et d'optimiser les besoins humains et matériaux donnant naissance à des projets de restructuration et de repositionnement de certains services : tel que le transfert géographique et organisationnel du service de SSR sur le site de Rambouillet, la création de 5 nouveaux lits de soins palliatifs avec réhabilitation et extension du service existant ... Ce projet architectural permettrait de renforcer le confort hôtelier (douches communes) et de mieux respecter les normes d'accessibilité aux personnes en situation de handicap et de population vieillissante. La réorganisation des locaux logistiques et des nouveaux accès et flux des patients sont intégrés à ces nouvelles orientations.

Des chariots d'urgence sont présents à tous les étages de l'établissement. Un numéro unique est mis à disposition du personnel en cas d'urgence au sein de toutes les unités de soins. Un plan de suivi et de maintenance des équipements est défini. Il articule les ressources internes et le recours à des contrats externes de maintenance. La GED rend disponible une documentation actualisée en adéquation avec l'évolution des prises en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'Hôpital de Houdan est organisé en fonction des spécificités de la prise en charge. Chaque unité de soins met en œuvre les organisations prévues pour son bon fonctionnement et son management interne. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est effectuée dans les 24 H dès son admission dans le service par l'équipe médicale et para médicale. Cette évaluation initiale reprend l'histoire de la maladie, les antécédents, le suivi médical et para-médical et le devenir du patient. Comme l'atteste les parcours patient traceur réalisés en cours de visite pour les services de SSR / Médecine, USLD, EVV /EPR, toutes les étapes de la prise en charge tiennent compte de l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient réévaluée tout le long de la prise en charge. La traçabilité dans le dossier patient de toutes les étapes de la prise en charge est effective. Elle est réalisée en temps réel, accessible à tous les intervenants grâce au dossier patient informatisé et partagé.

Les projets thérapeutiques ont été retrouvés majoritairement dans les dossiers investigués. Ces projets sont réajustés en équipes pluridisciplinaires dans chaque unité de soins. Son contenu est en voie de

restructuration et d'homogénéisation pour l'ensemble des services en concordance avec les plans d'actions préconisés dans le Programme Qualité et Gestion des risques. L'information du patient sur son état de santé, ses examens, ses traitements et sa participation au projet thérapeutique est présentée oralement par les équipes, eu regard des capacités de discernement du patient lors de son admission et tout au long de sa prise en charge.

La petite taille des unités de soins permet des visites médicales au chevet du patient quasi - quotidienne en présence de l'IDE dont la fréquence est définie selon les besoins des patients (en soins palliatifs plusieurs visites par jour) ce qui permet un suivi médical rapproché du patient.

L'organisation de la prise en charge du patient permet d'assurer et d'adapter de façon optimale la continuité des soins au regard des pathologies rencontrées. Elle tient compte de la spécificité de la population âgée et de la personne en soins palliatifs qui reste un axe de développement privilégié. La concertation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle autour de la prise en charge du patient est optimisée par les temps de transmissions inter-équipes fréquents, des staffs pluridisciplinaires avec l'ensemble des acteurs soins, des RCP, des RMM.... Des réunions de service organisées par les cadres infirmiers sur des thématiques spécifiques renforcent cette information auprès des équipes. Le travail en équipe est encouragé.

Le dépistage et le suivi nutritionnels sont effectifs avec une adaptation des textures alimentaires et des régimes prescrits par une diététicienne si nécessaire.

L'identification et la prise en compte du risque suicidaire est réalisée par le médecin au moment de l'admission du patient. Il évalue et trace l'état psychologique du patient dans le dossier patient. Le psychologue de l'établissement ou celui de l'équipe mobile Soins palliatifs peuvent, selon le niveau de gravité, être associés au suivi du patient si besoin.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est opérationnelle dans les services. Le port du bracelet est généralisé en médecine et en SSR. La vérification de l'identité est validée dès l'admission du patient et lors de tout acte diagnostic et thérapeutique.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est opérationnel. La vérification des chariots d'urgence et défibrillateurs est régulière et tracée. Les chariots d'urgence sont sécurisés.

Un programme d'éducation thérapeutique est décliné sur la thématique du diabète. Des actions éducatives accompagnées par des plaquettes d'information sont distillées par le personnel soignant tout le long de la prise en charge (observance thérapeutique, AVK...).

La sortie est anticipée le cas échéant avec l'aide de l'assistance sociale et ce dès l'admission. Le projet de sortie est réajusté en fonction de l'évolution clinique et de l'autonomie du patient. Le jour de la sortie du patient, les ordonnances de sortie, les fiches de liaison, la planification des examens et les rendez-vous sont transmis à l'établissement relais ou remis en mains propres au patient pour assurer une parfaite continuité des soins. Certains comptes-rendus d'hospitalisation " provisoires " qui seront complétés ultérieurement sont rédigés le jour même et remis au patient en SSR et en médecine. Les comptes-rendus définitifs sont transmis au patient sous un délai pouvant varier de 24 heures à 8 jours selon les unités de soins, ce qui a été confirmé par les derniers indicateurs IPAQSS.

La CME et le COPIL ainsi que la Commission Qualité, Gestion des risques et vigilances (CQRV) se saisissent régulièrement des divers aspects du processus parcours patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

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

- les indicateurs IPAQSS,
- la gestion des fiches d'évènements indésirables au travers des CREX mensuels et de CREX exceptionnels trimestriels si existence de FEI graves ou récurrents,
- le suivi des RMM particulièrement fréquents en unité de soins palliatifs 122 déclarations en USP et 2 RMM déclarations en médecine en 2015,
- le suivi du PAQ et du compte qualité,
- les patients traceurs (5 ont été réalisés pour chaque unité de soins spécifiques)
- les questionnaire de satisfaction,
- le tableau d'indicateur qualité où sont inclus les audits de pratique (audits douleur en 2014 et 2016, audit escarres en 2014 ...),

- le tableau de suivi des EPP avec 3 EPP débutées en 2007 sur la douleur, la dénutrition et le risque nosocomial, deux relevant de la revue de pertinence démarrées en 2010 concernant l'acte transfusionnel et la prescription de l'AVK chez la personne âgée.

La dernière EPP est initiée en 2014 sur médicament et personne âgée. Ces évaluations sont exploitées, elles alimentent le programme qualité et gestion des risques liés aux soins secteur sanitaire 2013-2018 et le compte qualité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration préconisées dans le processus parcours patient sont intégrées dans le programme Qualité Gestion des Risques. Le suivi des actions d'amélioration peut conduire à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les résultats sont communiqués aux professionnels par diffusion sur le portail de la GED, par le journal interne Hop'Info, par affichage et par les échanges inter-professionnels. Les rencontres inter-professionnelles lors des nombreux temps de transmissions, les réunions pluridisciplinaires dans les unités de soins, les réunions de services, les formations internes favorisent la convergence des compétences sur une même prise en charge. La communication aux usagers est réalisée lors des rencontres avec la CDU. En effet cet hôpital de proximité est nouvellement membre du Groupement Hospitalier Sud Yvelines, et membre de la filière gériatrique Grand Sud Yvelines de Rambouillet. Il participe aux différents réseaux : GCS Repy et Réseau Sla Idf, Revesdiab (diabète), GCS Sesan (télémedecine ...). Il a établi de nombreuses conventions avec les différents établissements sanitaires et médico - sociaux de proximité (EHPAD La Queue, Centre hospitalier psychiatrique de Charcot, le CH de Dreux avec laquelle elle bénéficie d'une direction commune...). La communication avec les professionnels externes et les partenaires est effective par des synergies permanentes et des interactions interprofessionnelles.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Les formations ne touchent pas l'ensemble des sujets liés au parcours patient.</p> <p>Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Le plan de formation des trois dernières années ne retrouve pas de formation sur le risque suicidaire. De plus, des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage liés aux soins ne sont pas menées. Il n'a pas été retrouvé de sensibilisation , ni de formation du personnel dans le plan de formation de ces trois dernières années sur cette thématique .</p>	1a

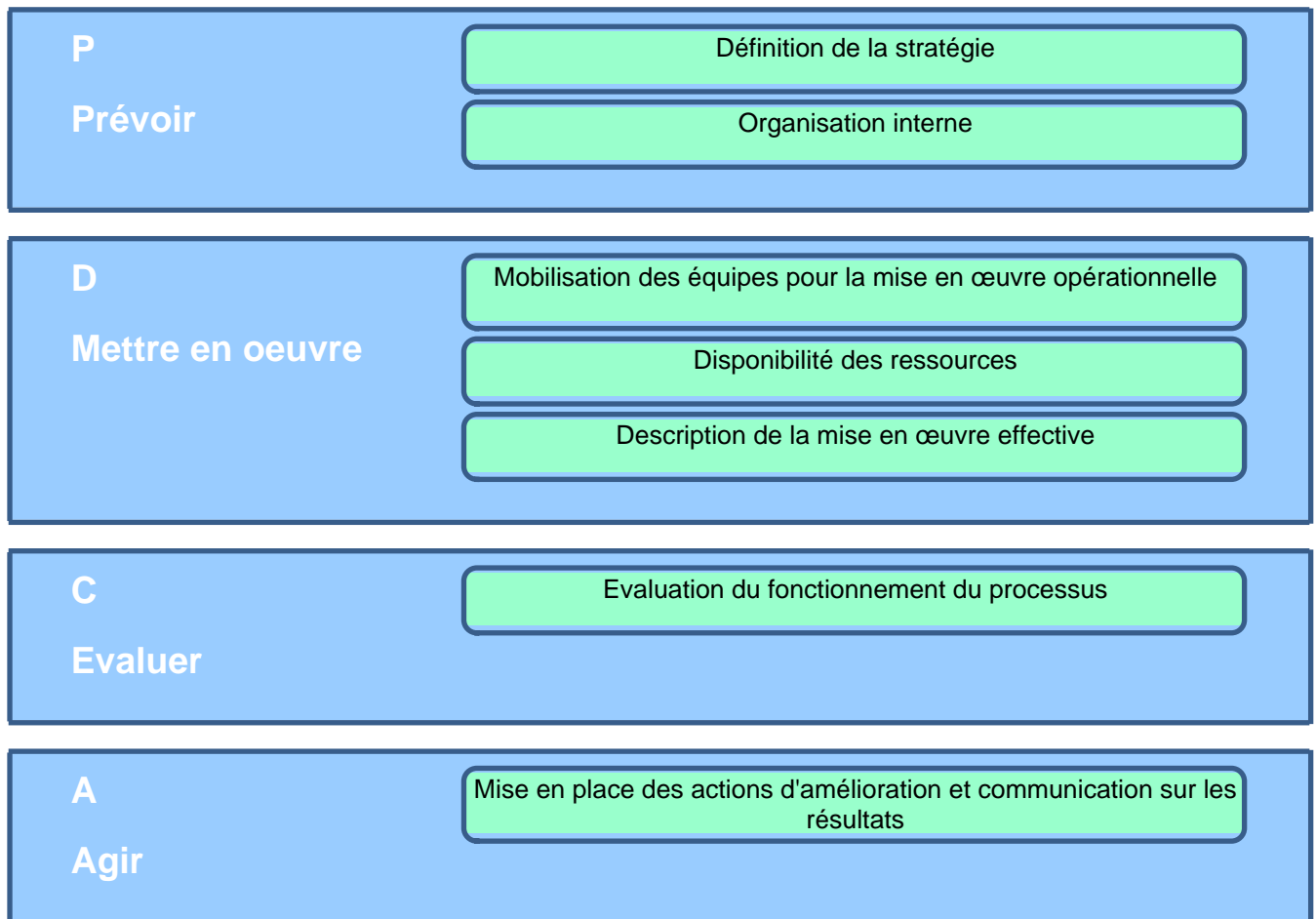
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de l'établissement dans le domaine du dossier du patient est identifiée dans le programme qualité 2013-2018 et plus particulièrement dans le plan d'action élaboré à l'issue de l'analyse des risques réalisée dans le cadre du compte qualité par un groupe pluriprofessionnel encadré par la coordinatrice générale des soins. Le plan d'action permet de cibler des objectifs prioritaires déterminés à l'aide notamment et des audits réalisés et, pour l'essentiel, sur la base des indicateurs IPAQSS recueillis en SSR et depuis 2016 en MCO dans le cadre d'une démarche volontaire de l'établissement. Les orientations prioritaires s'ordonnent autour de l'amélioration de la traçabilité des données infirmières dans le dossier, des risques d'escarres, de la prise en charge du patient à son arrivée dans l'établissement et de la présence du projet thérapeutique dans le dossier, de la confidentialité du dossier. Un plan d'actions structuré autour de responsables et d'échéances en est résulté qui a été intégré au PAQSS. Un bilan des réalisations et des avancées est présenté aux instances du comité de pilotage et du Comité des risques de la qualité et des vigilances (CQRV).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique du dossier est assuré par la coordonnatrice générale des soins en étroite concertation avec les professionnels médicaux et para médicaux . Une procédure de constitution et de gestion du dossier unique partagé est à la disposition des professionnels , directement accessible depuis le logiciel de gestion documentaire ou elle a été mise à jour en décembre 2015. Cette procédure décrit l'organisation de la tenue du dossier. Elle comprend les modalités d'accès du patient à son dossier et décrit le circuit du dossier de sa constitution à son archivage en précisant le rôle des intervenants à chacune des étapes. L'établissement a mis en place l'informatisation du dossier patient en 2013 en l'accompagnant d'une formation de l'ensemble des professionnels de soins utilisateurs. Des référents dossiers ont été identifiés par unité afin de faciliter l'appropriation de l'outil. Le secrétariat de direction est en charge de la gestion des demandes d'accès aux dossiers des patients. Des profils utilisateurs ont été définis afin de garantir la confidentialité des accès et une charte de confidentialité à été soumise à la signature des professionnels. Le dossier patient étant commun à l'ensemble des secteurs de soins, la communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient est organisée en temps réel. Les interfaces avec le DIM du centre hospitalier de DREUX sont en place. Le codage des diagnostics et des séjours est assuré en étroite concertation entre les médecins de l'établissement et le médecin responsable du DIM de DREUX.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé et les référents dossiers informatisé patient sont chargés d'informer les professionnels de toutes les données de mise à jour concernant le dossier. Ils informent également leurs équipes des avancées des actions planifiées dans le PAQSS sur cette thématique. A cet égard, des supports de traçabilité ont été mis à la disposition des professionnels paramédicaux pour saisir l'évaluation psychologique, sociale et l'autonomie du patient en SSR. Ces supports ont été intégrés à la grille de recueil de données à l'admission afin de garantir l'exhaustivité de leur saisie. Dans le même sens, une échelle d'évaluation du risque d'escarres a été intégrée à la grille de recueil de données d'admission. L'ensemble des professionnels renseigne, en temps utile, les principaux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Tout évènement en lien avec le dossier fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable prise en compte au niveau de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en personnels ressources sont disponibles et identifiées par les professionnels utilisateurs du dossier patient informatisé. Dans les unités d'hospitalisation, les procédures et documents nécessaires à l'utilisation du dossier informatisé sont disponibles, accessibles et actualisés. Des dispositions sont prises en termes de formations pour permettre aux nouveaux arrivants d'utiliser le dossier informatisé. En ce qui concerne l'accès des patients à leur dossier médical, Le livret d'accueil est à la disposition des patients pour les informer sur les modalités d'accès à leur dossier. Le centre hospitalier de Houdan a prévu les ressources nécessaires en matériel (ordinateurs fixes et portables, logiciel) ; service de maintenance afin de garantir la disponibilité du support de saisie des données médicales concernant un patient. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité des dossier 24h/24 durant une durée de 20 ans ainsi que la préservation de l'intégrité et de la confidentialité des données. L'archivage est assurée par les secrétaires des services dans des locaux conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient transcrivent, dans le dossier, un certain nombre d'éléments constitutifs de la prise en charge du patient. Le dossier informatisé comprend les informations administratives relatives au patient, la date et heure d'entrée, coordonnées de la personne de confiance, les coordonnées du médecin traitant. En ce qui concerne les données relatives à la prise en charge médicale du patient, les indicateurs IPAQSS montrent que le motif d'admission, les antécédents et facteurs de risques, sont le plus souvent retrouvés. Les informations recueillies au cours du séjour portant sur l'examen clinique initial, le recueil actualisé des éléments de la prise en charge, les conclusions des observations initiales, les prescriptions nominatives et horodatées, les examens complémentaires de biologie, les informations relatives à l'évolution de la prise en charge sont tracés comme l'ont révélé les patients traceurs en médecine, en SSR, en USLD et en EVC ainsi que les vérifications effectuées sur le terrain dans le cadre de l'audit de processus. Les interventions des professionnels paramédicaux, la date et heure de sortie, l'ordonnance de sortie, la fiche de liaison lorsque le patient est transféré, le compte rendu d'hospitalisation figurent également dans la dizaine de dossiers vus par les experts visiteurs dans le cadre de la visite de certification. Concernant le projet thérapeutique : Les médecins ont identifié ce sujet comme un risque prioritaire répertorié dans le compte qualité et ils engagent une démarche de formalisation du projet thérapeutique en commençant par les patients âgés et atteints de troubles cognitifs ce qui correspond à une part importante de la population prise en charge au sein de la structure. Dans les unités de médecine et de SSR, un compte rendu provisoire est remis au patient avec le motif d'hospitalisation, l'évolution et le traitement de sortie. Toutefois, la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient à sa sortie dans tous les secteurs de médecine et de SSR selon les exigences du code de la santé publique. Par ailleurs, les patients traceurs ont révélé que les comptes rendus d'hospitalisation sont adressés dans un délai de 24h à 8 jours selon les unités, excédant le délai réglementaire de 7 jours. La communication du dossier aux différents professionnels de l'établissement impliqués dans la prise en charge est assurée sans délais par accès direct au dossier informatisé du patient dans le respect des règles de confidentialité. Les patients ont accès dans le délai réglementaire aux dossiers dont ils font la demande à l'établissement et qui sont en nombre très restreints comme le révèle le rapport présenté à la CDU sur le sujet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Hôpital de Houdan procède à des évaluations régulières du processus dossier patient à partir d'indicateurs nationaux IPAQSS dont l'extension vient d'être étendue aux dossiers de médecine pour lesquels cette évaluation est facultative. D'autres évaluations sont effectuées tel que les fiches d'événements indésirables, nombre de dossiers demandés par les patients.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration ont été engagées en regard des indicateurs IPAQSS tel que : la mise à disposition d'une fiche de recueil des données infirmières en SSR, l'intégration des grilles d'évaluation du risque d'escarre dans la grille de données saisies à l'admission, la rédaction d'un règlement intérieur d'utilisation du dossier patient signé de tous les utilisateurs du dossier. Le plan d'actions intégré au PAQSS et résultant des évaluations réalisées a été communiqué à l'ensemble des professionnels via l'encadrement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont partiellement tracés en temps utile dans le dossier du patient</p> <p>les patients traceurs ont révélé que, les compte rendu d'hospitalisation sont adressés dans un délai de 24h à 8 jours selon les unités excédant le délai réglementaire de 7 jours.</p> <p>Par ailleurs la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient à sa sortie dans tous les secteurs de médecine et de SSR conformément aux prescription du décret de Juillet 2016 (article R 66112-2 CSP)</p>	14a

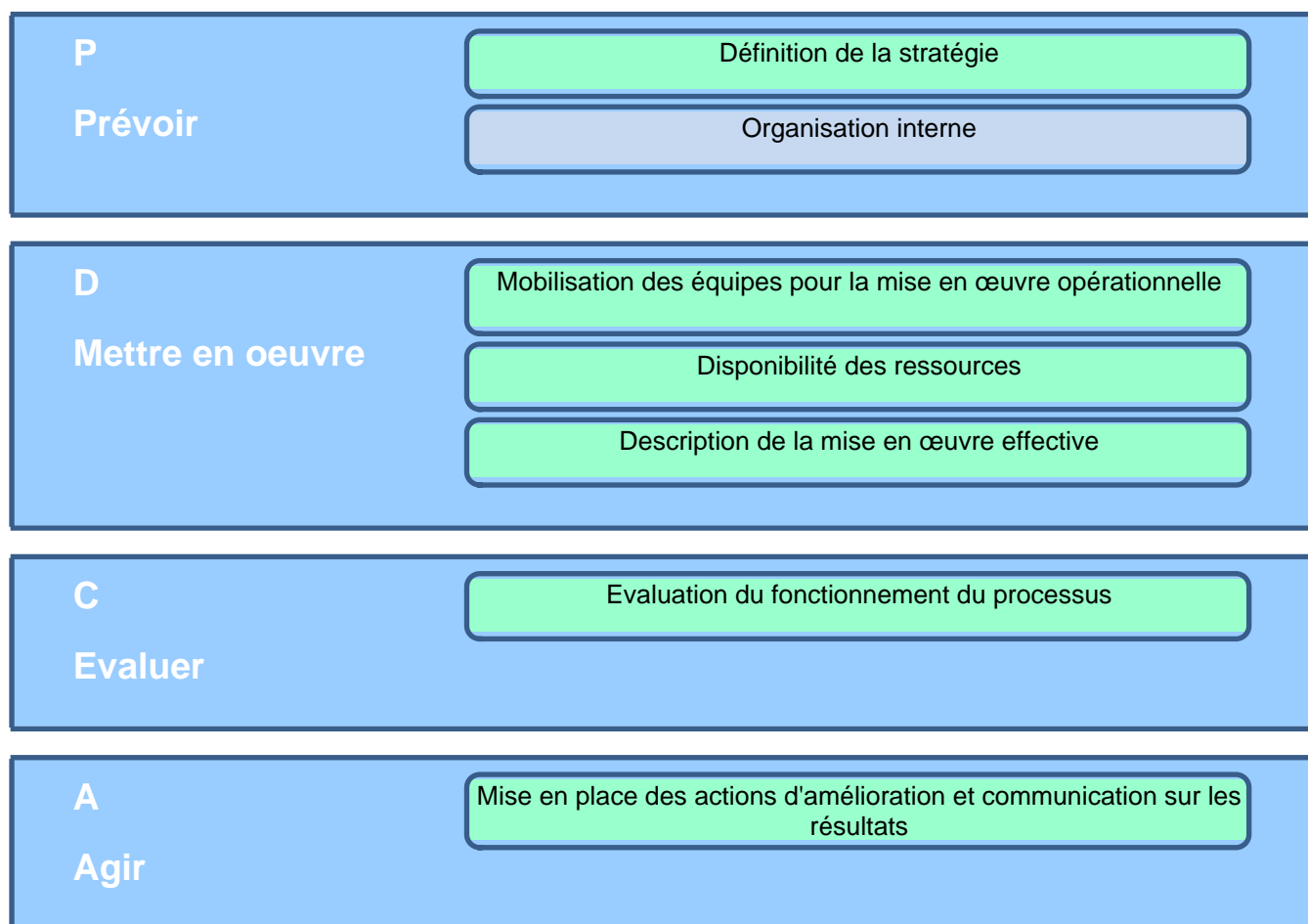
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie sur le circuit du médicament s'appuie sur des objectifs qui prennent en compte le contexte, les missions et l'analyse des risques propres au CH de Houdan. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, actualisée en 2016, est inscrite dans le projet médical en cours. Elle met en exergue les dispositions spécifiques à la personne âgée qui correspond à une grande partie de la population accueillie. Elle intègre les éléments issus de la réglementation, de la certification V2010, des résultats des analyses de risques a priori (outil ARCHIMED, audits internes) et ceux issus de l'analyse de risques a posteriori (déclarations des événements indésirables et CREX pour les plus significatifs). L'analyse de risques a été priorisée lors de l'élaboration du compte qualité et les plans d'actions ont été identifiés ainsi que les modalités de suivi. Ils portent sur la prescription, la dispensation et l'administration. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le PAQ fait l'objet d'un suivi en CQRV et COPIL.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de l'établissement pour piloter le processus s'appuie sur le COMEDIMS. Le pharmacien de l'établissement est responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle assure le pilotage du processus avec la coordinatrice des soins, gestionnaire des risques. Les rôles et responsabilités du pharmacien et du gestionnaire des risques sont identifiés dans leur fiche de poste respective. Un organigramme des vigilants en date de septembre 2016 identifie le materiovigilant et le pharmacovigilant du CH de Houdan. Des personnes ressources sont associées au pilotage : les deux préparatrices en pharmacie, les prescripteurs, les IDE référentes médicament de chaque unité. Les référents pharmacie, désignés dans chaque service ont une mission de relais d'informations pour les professionnels des unités en lien avec le COMEDIMS-COMAI et la pharmacienne.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires (à la PUI et dans les services de soins) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Les ressources documentaires actualisées et validées nécessaires à la prise en charge médicamenteuses sont disponibles. La permanence pharmaceutique est organisée sur la base de dotations pour besoins urgents dans la mesure où l'établissement ne dispose pas d'une astreinte pharmaceutique. D'autre part l'établissement a une convention avec l'hôpital de Dreux en cas de médicament non disponibles au CH de Houdan. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est réalisée, complétée par le réseau WIFI avec ordinateurs mobiles en 2015 et 2016.

L'organisation du circuit du médicament est basée sur les étapes suivantes :

Le traitement personnel du patient est récupéré dans l'unité de soins et stocké dans l'armoire à pharmacie avant d'être restitué, soit à la famille, soit au patient au moment de la sortie.

La prescription est réalisée informatiquement dans le dossier par le médecin en charge du patient en prenant en compte le traitement personnel du patient (des supports d'aide à la prescription sont disponibles: vidal et doroz).

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients est réalisée intégralement par le pharmacien dans le logiciel,

La dispensation est nominative pour le traitement médicamenteux et globale pour les dispositifs médicaux (les préparatrices assurent la constitution des plumiers pour l'ensemble des unités. Un double contrôle est assuré à la PUI).

Le transport vers le service est assuré dans des armoires ou chariots fermés. Les médicaments le nécessitant sont livrés avec le respect de la chaîne du froid.

L'administration est réalisée par l'IDE (l'organisation prévoit la traçabilité informatique de l'administration par l'IDE, en temps réel).

L'information et l'éducation du patient au cours du séjour sur son traitement sont prévues (notamment pour les AVK).

Le contrôle de la tenue des armoires de service est prévu y compris pour les chariots d'urgence.

La formation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse est organisée par le pharmacien et l'information relayée par l'encadrement, lors des transmissions.

Les locaux et le matériel de rangement de la PUI sont sécurisés et adaptés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. L'organisation de la sortie prévoit la remise de documents d'information sur le bon usage des médicaments (AVK). Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés en lien avec la cellule QGR. Les événements significatifs font l'objet de CREX.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ils résultent des plans d'actions identifiés dans le compte qualité et intégrés au PAQ du CH de Houdan, ou bien de l'analyse des événements indésirables qui surviennent ou des résultats des audits ou contrôles réalisés. Les pilotes, les cadres et les référents pharmacie sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés pour le processus management de la prise en charge médicamenteuse du patient dans leur service. La mobilisation des équipes est articulée autour des réunions de transmission quotidiennes qui permettent la transmission des informations et la sensibilisation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse. L'encadrement des services et le pharmacien s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les responsables initient les actions d'évaluation (audits, EPP) ou de contrôle (armoires, chariot d'urgence) en particulier sur la gestion des médicaments à risque, les conditions de stockage, le respect des règles d'administration, la réévaluation de l'antibiothérapie. Les résultats des indicateurs et des actions réalisées sont communiqués aux équipes via l'intranet et les réunions. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). A la suite des déclarations d'événements indésirables sur le circuit du médicament, après identification de la criticité, une CREX est mise en place pour procéder à l'analyse des causes et identifier les actions correctives. En 2014, 2015 et 2016, plusieurs CREX ont eu lieu suite à des erreurs de prescription, dispensation ou administration. Elles ont permis la mise en œuvre d'actions d'amélioration concertées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les unités. Les effectifs sont adaptés à l'activité et les professionnels sont formés. Le plan de formation annuel intègre des formations en lien avec le circuit du médicament : iatrogénie et sujet âgé, analyse de la prescription, prévention des erreurs médicamenteuses, gestion des risques associés aux soins, sécurisation des produits de santé. Les dotations pour répondre aux imprévus ou besoins urgents sont disponibles et réévaluées en cas de nécessité. Les conditions de stockage dans les services et à la PUI (armoires, chariots d'urgence, réfrigérateurs) sont adaptées et font l'objet d'un entretien régulier et d'une vérification et maintenance. L'utilisation de l'outil informatique permet l'uniformisation des règles et supports de prescription pour l'ensemble des prescripteurs. Les procédures et protocoles actualisés sont accessibles sur l'Intranet et dans le classeur des unités de médecine. Des documents pour l'information des professionnels (guide antibiothérapie) et du patient sur le bon usage du traitement (AVK) sont également disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et ils mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les règles en vigueur dans l'établissement sur le circuit du médicament, de la prescription à l'administration sont respectées par les professionnels de la PUI et des unités de soin comme l'attestent les vérifications terrain et les audits patients traceurs au cours de la visite. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les interfaces entre les unités de soins et la pharmacie sont efficaces, et favorisées par la présence régulière de la préparatrice en pharmacie dans les unités et un cahier de liaison entre le service de médecine et SSR et la pharmacie.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, y compris lors des transferts. Les documents de liaison en cas d'examen à l'extérieur ou de sortie en cas de transfert définitif sont remis au patient ou à l'entourage.

Les prescriptions sont informatisées pour l'ensemble des séjours en prenant en compte le traitement personnel du patient et sont conformes comme l'atteste le résultat de l'indicateur IPAQSS.

L'analyse, la conciliation, la validation pharmaceutique a priori du traitement complet des patients est assurée par le pharmacien sur le logiciel informatique du dossier patient.

La dispensation est nominative pour l'ensemble des unités (préparation par les préparatrices des plumiers nominatifs).

Le transport et stockage des médicaments sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques:contenants sécurisés,locaux à pharmacie sécurisés,chaîne du froid respectée.

La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE à partir des ordinateurs mobiles.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins et les IDE.Elle est complétée par la distribution d'une plaquette pour les AVK.

Les déclarations d'événements indésirables font l'objet d'une analyse et de la mise en place d'actions correctrices avec une traçabilité du suivi (compte rendu de CREX et plan d'actions).

Cependant, les IDE ne mettent pas en place les moyens permettant l'identification du patient sur un dispositif médical le nécessitant. Au cours de l'investigation en USLD, l'expert a constaté qu'il n'y a pas d'étiquette mentionnant l'identité du patient apposée sur les stylos injecteurs d'insuline contrairement aux préconisations de l'ANSM (recommandations relatives à l'utilisation des stylos injecteurs d'insuline). Ces stylos se trouvaient dans le tiroir du chariot de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité). Le dispositif d'évaluation sur le circuit du médicament est porté par une démarche structurée: la cartographie des risques a été réalisée en 2012, 2014, 2015. Par ailleurs, le dispositif est enrichi par les bilans annuels des instances dont certains travaux sont liés au circuit du médicament (COMEDIMS, CLIN). La réalisation d'audits complète l'évaluation a priori sur des segments du processus (audit du traitement personnel) ou encore avec les contrôles ciblés (armoires à pharmacie, chariots d'urgence). En outre, une EPP sur "iatrogénie et sujet âgé" et une autre sur les AVK. D'autre part, le dispositif d'évaluation repose sur l'analyse des événements indésirables qui sont étudiés en première intention en CQRV et font l'objet de CREX (lorsque la criticité est importante). Les indicateurs nationaux sont suivis (IPAQSS et Score Agrégé)et ceux liés aux audits réalisés en interne. L'état d'avancement des plans d'actions du PAQ fait l'objet d'un suivi annuel.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées au PAQ. Au moment du bilan annuel, les résultats des évaluations conduisent à intégrer au PAQ les nouvelles actions d'amélioration identifiées. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs et des évaluations sont communiqués sur l'intranet et par l'encadrement. Ils sont également présentés au sein des instances. Ils font l'objet d'un compte rendu. L'encadrement et les pilotes sont particulièrement investis dans ces actions de communication. Une action d'amélioration spécifique a été mise en place en 2016 : dotation d'armoire en USLD suite à l'audit armoires. Une autre action récente concerne le stockage de deux médicaments suite à l'analyse d'une déclaration d'erreur médicamenteuse.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les IDE ne mettent pas en place les moyens permettant l'identification du patient sur un dispositif médical le nécessitant.</p> <p>Au cours de l'investigation en USLD l'expert a constaté qu'il n'y a pas d'étiquettes mentionnant l'identité du patient apposées sur les stylos injecteurs d'insuline (comme le préconise l'ANSM dans ses recommandations relatives à l'utilisation des stylos injecteurs d'insuline) qui se trouvaient dans le chariot de soins.</p>	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	L'établissement n'a pas mis en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles règlementaires à l'UPC Les experts ont constaté lors de la visite de certification que n'avaient pas été mises en œuvre les actions correctives attendues à la suite du rapport de non conformité de l'UPC rendu par les services vétérinaires en 2011 à l'occasion d'une déclaration de TIAC ayant concerné l'établissement. Cette non conformité a été reprise par l'ARS dans la synthèse du diagnostic du CPOM en 2015. L'ARS faisant mention d'une cuisine centrale hors norme. L'établissement n'a pas répertorié ce risque parmi les priorités du compte qualité ni inscrit d'action au PAQSS sur ce sujet. L'établissement n'a pas remis de plan d'action au regard de ce risque identifié comme important envers les usagers (patients et personnels) .	8c
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'appropriation des procédures de gestion de crise n'est pas évaluée par des exercices. Le plan blanc n'a pas donné lieu à des exercices permettant de le tester en tout ou en partie	8c
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux du service de médecine ne permettent pas de respecter le circuit propre sale pour la décontamination des bassins. Le service ne dispose pas de lave bassin. Les agents décontaminent les bassins dans une pièce située à l'étage inférieur dans lequel des dispositifs médicaux propres (matelas, pieds à perfusion...) sont stockés. Alertés par les experts visiteurs l'encadrement propose un autre lieu de stockage pour les dispositifs médicaux propres au cours de la visite.	8g
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'entretien des chambres n'est pas systématiquement tracée par les agents qui réalisent la tâche comme le prévoit la procédure entretien des locaux en vigueur dans l'établissement. Les feuilles de traçabilité de l'année 2016 et de janvier 2017 consultées en service de médecine montrent une traçabilité partielle.	8g
Droits des patients	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'organisation de l'établissement ne permet pas le respect de la confidentialité des informations délivrées au patient Dans les chambres doubles, lors des entretiens médicaux avec un patient, l'échange a lieu en présence d'un autre patient ce qui ne permet pas de garantir la confidentialité. Vu la population prise en charge (personnes âgées invalides) il n'est pas possible d'obtenir un déplacement de patients alités et de garantir la confidentialité des informations délivrées aux patients hospitalisés en chambres doubles. Ce constat a été fait en USLD et en	10c

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			médecine .	
		PS	Les mesures de contention font l'objet d'une prescription médicale écrite mais non réévaluée selon les recommandations de bonnes pratique La réévaluation médicale est réalisée à l'aide d'un support de prescription selon la périodicité de 48h en cas d'urgence et de 8 jours à 2 mois dans les autres cas ce qui ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES en octobre 2000. la prescription de contention devant être réévaluée toutes les 24H.	10e
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	PS	Les formations ne touchent pas l'ensemble des sujets liés au parcours patient. Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Le plan de formation des trois dernières années ne retrouve pas de formation sur le risque suicidaire. De plus, des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage liés aux soins ne sont pas menées. Il n'a pas été retrouvé de sensibilisation , ni de formation du personnel dans le plan de formation de ces trois dernières années sur cette thématique .	1a
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont partiellement tracés en temps utile dans le dossier du patient les patients traceurs ont révélé que, les compte rendu d'hospitalisation sont adressés dans un délai de 24h à 8 jours selon les unités excédant le délai réglementaire de 7 jours. Par ailleurs la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient à sa sortie dans tous les secteurs de médecine et de SSR conformément aux prescription du décret de Juillet 2016 (article R 66112-2 CSP)	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les IDE ne mettent pas en place les moyens permettant l'identification du patient sur un dispositif médical le nécessitant. Au cours de l'investigation en USLD l'expert a constaté qu'il n'y a pas étiquettes mentionnant l'identité du patient apposées sur les stylos injecteurs d'insuline (comme le préconise l'ANSM dans ses recommandations relatives à l'utilisation des stylos injecteurs d'insuline) qui se trouvaient dans le chariot de soins.	20a bis