



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU

265 boulevard achille souques - 12100 - Millau

SEPTEMBRE 2015

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suvi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	17
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	20
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	26
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	34
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	35
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	56
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	60
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	119
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	130
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	133
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	137
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	295

PREAMBULE

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

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

1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

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

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

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

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU

Adresse : 265 boulevard achille souques
12100 Millau AVEYRON

Site internet: <http://www.ch-millau.fr>

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	94	24	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	44	0	0
Soins de longue durée	50	0	0
Santé mentale	22	29	0

Nombre de sites.:	<p>L'établissement est multisites.</p> <p>Sur la commune de Millau, les activités sont réparties sur les sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Site du Puits de Calès (site principal des activités de court séjour). - Site Sainte-Anne (SSR, USLD, hôpital de jour adulte en santé mentale). - Site Saint-Côme (SSR). - Site Jonquet (activités de santé mentale). - Site Rue du Printemps (activités de santé mentale). - Site centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). - Site Les ateliers polyvalents « La chrysalide » (ateliers thérapeutiques). - Site Le RASTA (réseau et équipe mobile santé mentale). <p>Sur la commune de Saint-Affrique, trois sites sont consacrés aux activités de santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Site de l'unité de psychiatrie infanto-juvénile. - Site du Centre médico-psychologique. - Site de L'Hôpital de jour de psychiatrie.
Activités principales.:	<ul style="list-style-type: none"> - MCO. - SM. - SSR. - SLD.
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de médecine. - Activité de chirurgie. - Activité de gynécologie-obstétrique. - Activité de psychiatrie. - Activité de soins de suite et réadaptation.

	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de soins de longue durée. - Accueil et traitement des urgences. - Traitement du cancer par chirurgie et chimiothérapie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Laboratoire

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> - Direction commune avec le CHRU de Montpellier, CH de Fenaille. - Coopération médicale à caractère général avec le CHRU de Montpellier. - Coopération avec les établissements voisins (Saint-Affrique, Rodez, Albi, clinique Sainte-Marie à Rodez). - Coopération avec le CHRU de Toulouse. - Coopération avec les établissements médico-sociaux du secteur (EHPAD, maisons de retraite, foyer logement, établissements accueillant des personnes handicapées IME, ESAT, etc., CCAS de Millau). - Coopération avec des établissements scolaires. - Coopération avec les collectivités territoriales, notamment dans le cadre de l'élaboration de schémas départementaux, PMI, ASE, etc. - Coopération avec les représentants de la justice : TGI Rodez, etc. - Coopération avec les réseaux de ville (addictologie : ARHEVO, CSAPA/ANPAA ; personnes âgées : réseau gérontologique Sud Aveyron, etc.). - Coopération avec le secteur associatif (soins palliatifs, soins de support, amélioration du quotidien des malades, etc.). - Coopération avec les médecins de ville.
Regroupement/Fusion.:	Direction commune CHRU de Montpellier, Hôpital Maurice Fenaille, Centre hospitalier de Millau.
Arrêt et fermeture d'activité.:	//
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Équipe de liaison et de soins en addictologie.

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

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

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

4.b (Amélioration de l'efficience) .

5.c (Gestion documentaire) .

7.c (Gestion de l'énergie) .

8.h (Bon usage des antibiotiques) .

20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Santé mentale (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de longue durée (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Santé mentale (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

28.b (Pertinence des soins) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois des plans d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.f
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

L'établissement dispose d'une stratégie de développement de l'EPP formalisée. Celle-ci comporte la définition d'une politique et d'objectifs, associés aux moyens nécessaires à leur mise en œuvre. La politique EPP a été actualisée en avril 2015. Le plan d'actions relatif au développement des EPP est intégré au sein du programme qualité et sécurité des soins.

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

Oui

Il existe un dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires, au sein de la Commission EPP qui bénéficie d'un règlement intérieur et qui réunit à périodicité trimestrielle des représentants médicaux et paramédicaux des pôles. Le programme EPP est présenté régulièrement en CME.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

En grande partie

Les modalités d'organisation, de coordination, d'accompagnement, le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels sont définis dans la stratégie EPP. Les représentants médicaux et paramédicaux des pôles, désignés depuis avril 2015 pour établir le lien entre la

	En grande partie	commission EPP et les secteurs d'activités et assurer le déploiement de la politique EPP, ne disposent pas cependant à ce jour de fiches de poste ou de fiches de mission formalisant leurs responsabilités en ce domaine.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Il repose essentiellement sur les membres de l'équipe qualité. Ces modalités sont adaptées aux besoins des professionnels et des équipes.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'état d'avancement de ses démarches EPP de façon organisée et régulière, via les référents identifiés au sein de la Commission EPP. Le tableau de bord des EPP est remis à jour régulièrement par la Commission EPP et des bilans annuels sont présentés en CME. Cependant, le suivi de l'impact n'est pas systématiquement assuré, notamment pour ce qui concerne les EPP de « pertinence », récentes et peu abouties à ce jour.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Partiellement	L'établissement met en œuvre des actions visant à informer les professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP, via la publication de la politique EPP, du tableau de bord de suivi et des comptes rendus de la Commission EPP sur intranet. Cependant, le dispositif d'information n'est pas complètement structuré (objectifs fixés, cibles identifiées, moyens de communication adaptés,...). La majorité des professionnels rencontrés a confirmé ne pas connaître la stratégie institutionnelle en la matière, ni les EPP menées dans les autres secteurs d'activité, ni les résultats obtenus.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP : CME, CSIRMT, réunion de cadres, CRUQ. Un bilan annuel est formalisé et présenté aux instances. Il présente les démarches EPP en cours dans l'établissement et

	Oui	les résultats principaux en termes d'actions d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La révision de la stratégie de développement de l'EPP a été réalisée en avril 2015, avec ajustement des objectifs, des actions mises en œuvre et des moyens utilisés. Cet ajustement tient compte des résultats en termes d'amélioration et d'avancement des démarches d'EPP.

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.

Oui

L'établissement dispose de tableaux de bord d'effectifs par service et par pôle. Ils sont établis en fonction du nombre de lits et de l'activité du service, actualisés en fonction des restructurations et des mouvements de personnels. Les besoins en compétences sont pris en compte.

Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.

En grande partie

Compte-tenu du contexte évolutif de l'établissement, la politique de gestion des emplois et des compétences est arrêtée sur du court terme. Sa définition est en cours d'ajustement et n'est pas finalisée.

Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.

Oui

Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou les nouvelles activités sont prises en compte, soit via des recrutements, soit par une adaptation au poste (par exemple, création d'un poste d'IOA aux urgences). Un système de formation/tutorat est en place pour les secteurs spécialisés.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en œuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient en cas d'absence de personnels. Les réajustements paramédicaux sont réalisés par le cadre du service, avec recherche de ressources adaptées. La polyvalence inter-secteurs est favorisée lorsque c'est possible. Selon la durée de l'absence, l'établissement peut avoir recours à des contractuels ou à de l'intérim. Afin d'éviter tout glissement de tâche, une procédure de sécurisation du circuit du médicament en pédopsychiatrie, datant du 4 mai 2015, est en place.
L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	L'évaluation du personnel est réalisée via un entretien annuel formalisé.
Un plan de formation est mis en œuvre.	En grande partie	L'établissement dispose d'un plan de formation annuel dont la mise en œuvre est effective pour les personnels non médicaux. En revanche, il n'existe pas de plan de formation pour les personnels médicaux.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	En grande partie	L'évaluation de l'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est en place pour les personnels paramédicaux. Elle est réalisée lors des réunions hebdomadaires menées par le cadre de pôle avec ses cadres de proximité. Pour les autres catégories de personnels, il n'y a pas d'évaluation régulière de cette adéquation, qui peut toutefois être menée à l'occasion d'un mouvement de personnel dans un secteur donné.
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Partiellement	Des ajustements sont réalisés au cas par cas lorsque des évaluations sont menées, mais cela ne concerne pas l'ensemble du dispositif de gestion des compétences.

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et de ses effluents, notamment les effluents spécifiques du laboratoire de biologie.

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

Oui

L'établissement dispose depuis le 30 janvier 2015 d'un document de politique de gestion des déchets hospitaliers, rédigé par un groupe pluriprofessionnel associant le praticien en hygiène et coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, un cadre IBODE de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), un cadre de médecine, un professionnel des services techniques et le responsable de l'entretien des locaux généraux. L'élaboration de cette politique a mobilisé l'EOHH, la Direction des soins et la Direction des services logistiques et a été validée par la CME.

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

L'établissement a établi des procédures de gestion des déchets incluant l'ensemble des catégories qu'il est amené à produire : DASRI, DAOM et aussi des déchets justifiant des filières d'élimination particulière comme les déchets de

	Oui	médicaments cytotoxiques. Une procédure est en place pour l'élimination adaptée des excréta. Les déchets valorisables font l'objet de procédures adaptées avec le prestataire d'enlèvement (cartons, papier, verre piles, etc.).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	Le tri des déchets est réalisé dans les différents secteurs d'activité. Les locaux de stockage intermédiaires des unités de soins sont fermés par un système électronique badgé. Les transferts des déchets des unités vers le local central d'entreposage ont été modifiés pour tenir compte des risques de croisement avec d'autres circuits (linge propre, matériel divers, etc.) et sont faits dans des chariots spécifiques dédiés et non utilisés pour le linge sale.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	Des formations au tri sur l'hygiène et les déchets sont programmées par l'EOHH, basées, notamment, sur les résultats d'un audit du tri des DASRI.
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	Des matériels de protection individuelle sont mis à disposition pour les professionnels des unités de soins et ceux de la collecte et de l'élimination des déchets.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	L'établissement recueille les dysfonctionnements sur l'élimination des déchets et la cellule de gestion des risques les analyse. Les éléments sont adressés à la Direction des soins et à l'EOH (aucun accident lié à la manipulation des objets piquant ou coupant n'est survenu dans l'établissement).

Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	L'établissement a réalisé un audit du tri des DASRI en mars 2015 et identifié des actions d'amélioration en fonction des résultats, telle que la mise en œuvre de formations des professionnels. Ces formations nouvelles n'ont pas encore été réalisées. L'établissement a participé à la campagne de la pesée des déchets alimentaires organisée par l'ADEME.
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	L'établissement a identifié les filières locales de valorisation des déchets (papier, verre, carton, piles, huiles, etc.).

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

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

Critère 8.a
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement.
Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.

Partiellement

Ce programme, bâti selon 7 axes, prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, la lutte contre les infections associées aux soins, les dispositifs de vigilance, les actions issues de l'identification des risques a priori, l'analyse des plaintes et des réclamations, les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification. Il comprend des actions relatives à l'amélioration du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles, ainsi que des actions mises en place suite à des signalements d'événements indésirables
Cependant, les actions d'amélioration issues des EPP ne figurent pas dans le PAQSS.
Par ailleurs, le programme n'est pas unique pour l'

	Partiellement	<p>établissement : d'autres plans d'actions coexistent dans certains secteurs d'activités et les sous-commissions de la CME sont dotées de PAQSS spécifiques (CLIN, CLUD, EPP, COMEDIMS, COPIL Qualité).</p> <p>Le plan d'actions de la Commission des Anti Infectieux, le plan d'actions « médicaments à risque » ainsi que le plan d'actions « populations à risque » font l'objet de documents séparés non référencés dans le PAQSS institutionnel.</p>
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	L'établissement ne dispose d'aucun médecin engagé dans le dispositif d'accréditation individuelle.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	<p>Chaque secteur d'activité ou Commission met en œuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins le concernant. Des responsables sont identifiés pour la majorité des actions figurant au programme (personne nominativement désignée, groupe de travail, instance, ...).</p> <p>Des référents paramédicaux et médicaux sont désignés pour les actions à mener dans les pôles d'activité.</p> <p>Pour la majeure partie des actions, un délai est généralement fixé, mais pas pour toute les actions.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	<p>Chaque secteur d'activité fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'actions et a minima une fois par trimestre.</p> <p>Le COPIL qualité, créé en 2015, assure la coordination de ce suivi.</p> <p>Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une</p>

	Oui	révision du plan d'actions est réalisée. Le PAQSS fait l'objet d'un suivi au niveau de la CME afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	L'atteinte des objectifs du programme fait l'objet d'une mesure annuelle pour les actions qui bénéficient d'indicateurs de suivi. Ces évaluations s'appuient sur certains indicateurs nationaux (hôpital numérique par exemple pour ce qui concerne l'axe 7), régionaux (CBUM) ou internes (résultats d'audits, nombre d'agents formés, nombre de réunions conduites, ..). Les actions qui ne sont pas adossées à des indicateurs bénéficient d'une évaluation de leur état d'avancement. Toutefois, cette évaluation quantitative ne constitue pas une mesure d'efficacité des actions menées.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	La CME suit régulièrement l'avancement du programme qualité-sécurité des soins. Ce programme a été remanié sur le fond et sur la forme en février 2015. La politique qualité-sécurité des soins a été actualisée en lien avec ce programme et validée en mars 2015 par l'instance de décision (Directeur, CME).

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Des cartographies de risques ont été formalisées pour le bloc opératoire (bloc conventionnel, bloc ambulatoire, endoscopie), le secteur d'obstétrique (cartographie « nouveau-né » et cartographie « parturiente »), l'imagerie, ainsi que pour le risque « maltraitance » en SSR (2 sites) et en USLD.
La cartographie des risques informatiques, basée sur les exigences du programme Hôpital Numérique, est en place.
L'outil Archimed de l'Omedit a été utilisé en 2013 pour réaliser un audit des pratiques et une hiérarchisation des risques liés au médicament.
L'établissement a prévu de débuter fin 2015 une cartographie du secteur des urgences et de la prise en charge en santé mentale.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Oui

Une procédure intitulée « évaluation des risques a priori », datant de décembre 2014, décrit la méthode d'analyse préliminaire des risques retenue par l'établissement pour dresser les cartographies des risques a priori. Cette méthode décrit les échelles de hiérarchisation applicables.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Partiellement	<p>La mise en œuvre d'actions de prévention, d'atténuation et de récupération des risques potentiels est en début ou en cours de mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les secteurs interventionnels, les professionnels ont indiqué avoir identifié certains risques (par exemple le retard du patient) qui ne sont pas mentionnés dans les cartographies, ces dernières revêtant un caractère relativement généraliste ; - pour le secteur imagerie, le plan d'actions fourni par le service comporte 52 actions correctives dont seulement 2 sont issues de la cartographie des risques a priori. La hiérarchisation des risques n'est pas corrélée à ce plan d'actions qui ne prend pas en compte la notion de priorisation ; - pour ce qui concerne le secteur obstétrique et le risque « maltraitance » en SSR et USLD, les plans d'actions sont au tout début de leur mise en œuvre ; - la cartographie issue de l'outil Archimed, réalisée en 2013, n'a pas donné lieu à la formalisation d'un plan d'actions ; - le plan d'actions issu de la cartographie des risques informatiques est en cours de déclinaison et n'est pas finalisé.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	Les professionnels ont été formés à la méthode institutionnelle de l'analyse des risques a priori.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Partiellement	Le suivi de la mise en œuvre est réalisé à échéance semestrielle pour ce qui concerne la cartographie des risques informatiques. En dehors de ce domaine, l'établissement n'a pas défini à ce jour de périodicité pour le suivi de la mise en œuvre des actions issues des différentes cartographies des risques a priori.

L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'analyse de l'efficacité des actions menée a été réalisée pour le bloc opératoire, sur la base de la cartographie initiale formalisée en 2013. Le caractère très récent des autres cartographies et des plans d'actions qui en sont issus n'a pas permis à ce jour d'en mesurer l'efficacité.
--	---------------	---

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	C	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	C	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	NA	Compte tenu de l'évolution de la construction du score et du fait que la réponse à cet EA est désormais intégrée au calcul du score.

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

La politique et l'organisation mises en œuvre dans l'établissement afin d'assurer la prévention et la prise en charge de la douleur sont déclinées dans un document qui a été validé le 03/04/2015. Celles-ci s'appliquent à l'ensemble des services avec une déclinaison spécifique en psychiatrie qui est rappelée dans la procédure "Organisation de la prise en charge de la douleur sur le service de psychiatrie adulte" (version 2 du 15/02/2015). Cette procédure a pour objet : l'organisation de l'évaluation de la douleur sur l'ensemble du service de psychiatrie adulte, l'harmonisation de l'évaluation de la douleur et la traçabilité de l'évaluation et du suivi de la douleur. La politique Qualité Sécurité des Soins 2013/2017 présente dans son axe 2 : Renforcer la qualité des pratiques et la sécurité des soins pour la prise en charge de la douleur. De même dans le projet de soins 2013/2017 on retrouve dans l'axe 1 : Prise en charge de la douleur. Un CLUD pluri professionnel composé de médecins, dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle

	Oui	et d'aides soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en oeuvre dans le cadre de la lutte contre la douleur. Son règlement intérieur a été formalisé et rédigé le 02/03/2015. Des référents et des correspondants douleurs ont été nommés en psychiatrie et les fiches de postes sont diffusées. Le Clud établit un plan d'actions intégrant la prise en charge de la douleur en psychiatrie, il réalise un bilan annuel.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés sur l'établissement, mais ne sont pas mis en oeuvre sur les services de santé mentale car non adaptés aux prises en des patients. Un protocole spécifique à la psychiatrie a été rédigé "Traitement de la douleur aiguë par 1g de paracétamol par voie oral dans le service de psychiatrie adulte". Des protocoles analgésiques Palier 1-2-3 ont également été formalisés. Les professionnels ont connaissance de ces protocoles et l'appliquent suivant les besoins, et avec l'accord des médecins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation intègre chaque année des formations sur la prise en charge de la douleur et prévoit la participation à des congrès. La dernière formation a eu lieu les 7 et 8 avril 2015 concernant "Évaluation et Prise en charge de la douleur et tarification des outils". Par ailleurs, l'infirmier référent douleur est membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), et réalise des actions de formation internes destinées principalement aux correspondants douleur des services de soins. Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prise en compte de la douleur sont réalisées périodiquement. Les dernières en psychiatrie ont été réalisées en février 2015, avec la présentation des protocoles douleur.

<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans les services de santé mentale, l'implication des psychologues dans la prise en charge des patients contribue à repérer la douleur le plus souvent psychique et plus rarement physique. Sa prise en charge est articulée entre les psychiatres, le personnel infirmier et les psychologues. L'équipe pluridisciplinaire est particulièrement centrée sur la douleur psychique et met en œuvre des moyens non médicamenteux pour la traiter, comme les groupes de parole, les entretiens individuels s'appuyant sur diverses pratiques de psychanalyse et/ou de psychothérapie. Le profil des patients pris en charge rend difficile l'éducation à la prise en charge de la douleur, mais cette dernière s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire à l'appui d'outils comme les ateliers thérapeutiques autour de l'écriture, le dessin, la couture, ou les contes en pédopsychiatrie. C'est au travers de la participation du patient et d'un recentrage sur lui-même que son implication dans son "traitement" est recherchée. Pour certains patients, quand cela est possible, l'information sur la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil comportant un « contrat d'engagement » douleur. Si celui-ci n'est pas en capacité de recevoir l'information, elle sera donnée à la personne de confiance ou à l'entourage. La procédure "organisation de la prise en charge de la douleur sur le service de psychiatrie adulte ou en pédopsychiatrie" reprend les modalités d'information à donner.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels tracent l'intensité de la douleur à l'aide d'échelles qu'ils ont choisies. Les échelles sont renseignées dans la partie du dossier informatisé dévolue à cet effet. Une fiche réflexe concernant la pancarte est utilisée par les professionnels. L'audit des pratiques sur la traçabilité de la douleur réalisée en avril 2015 et les EPP conduites dans le secteur adulte et en pédopsychiatrie objectivent la traçabilité de la douleur à partir de ces échelles.</p>

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Si un patient est algique, un onglet est activé sur la partie informatisé du Dossier Patient, pour amener le soignant à réévaluer la douleur jusqu'à la sédation complète. Les modifications de traitement sont tracées dans la partie du dossier informatisé, prescription et administration. Une enquête de prévalence sur 15 dossiers un jour donné en prenant la grille institutionnelle a été réalisée en psychiatrie adulte le 10/04/2015.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles spécifiques ont été mises à disposition pour l'ensemble des professionnels, lors des séances de formation. Pour la psychiatrie adultes, il est utilisé l'échelle visuelle analogique, EVA, pour les patients communicants et l'ALGOPLUS pour les non communicants. En pédopsychiatrie, il a été mis également en place l'échelle DESS SAN SALVADOR.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les échelles choisies pour évaluer la douleur sont renseignés dans le partie du dossier informatisé. Une fiche réflexe concernant la pancarte a été mis à disposition des professionnels. Dans l'audit des pratiques sur la traçabilité de la douleur réalisé le 10/04/2015, un des items reprend la traçabilité de l'utilisation des outils. Des EPP sont conduites dans le secteur adulte et en pédopsychiatrie sur l'utilisation des échelles. Lors des réunions, les équipes médicales et paramédicales conduisent des réflexions autour du choix des échelles d'évaluations au travers de cas cliniques. Les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers, sur la partie papier et sur la partie informatisé, et lors des réunions d'équipes.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Une enquête de prévalence croisée avec un audit dossiers sur divers items a été conduite le 10/04/2015.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	<p>Les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur sont discutés au cours des réunions du CLUD, et ont donné lieu à des actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD.</p> <p>Pour les secteurs de santé mentale, l'auto-évaluation conduite dans le cadre de la démarche de certification a permis d'identifier des actions d'amélioration, dont la définition de l'organisation de l'évaluation de la douleur, qui a abouti à l'élaboration d'un protocole spécifique pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. De même, il a été créé une plaquette par un professionnel reprise et validée par le CLUD. Celle-ci est un memento sur les composantes et les bonnes pratiques de la prise en charge la douleur et les échelles analogiques.</p>
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	<p>L'établissement est conventionné avec l'InterCLUD Midi-Pyrénées et l'InterCLUD Languedoc-Roussillon. L'infirmier référent douleur ainsi que le médecin référent du CLUD participent aux réunions de ces derniers. Ils assurent également des formations sur des structures externes. L'infirmier référent douleur est également membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur et participe à des congrès nationaux sur la douleur. Les professionnels référents de la douleur s'inscrivent également aux congrès nationaux liés à la prise en charge de la douleur.</p>

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Court Séjour
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Oui

L'établissement a structuré la prise en charge en soins palliatifs et dispose d'une politique des soins palliatifs qui a été validée le 18/03/2015. Une organisation permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée est décrite dans la procédure "admission et prise en charge en soins palliatifs" du 01/03/2015. L'objectif est d'assurer un accès à des soins palliatifs de qualité pour les patients relevant de ce type de prise en charge, ainsi qu'un accompagnement adapté à leur proche. Les acteurs clés sont identifiés, leurs missions et responsabilités sont définis dans ces procédures. Les médecins animent les réunions pluridisciplinaires et sont en contact direct avec l'entourage du patient. Selon les besoins, ils font appel à leur confrère, médecin titulaire du DIU soins palliatifs, qui intervient sur le pôle gériatrique et peut sur demande, intervenir dans les différents services. Les infirmières de psychiatrie, formées en oncopsychologie, se déplacent dans les services en fonction de la demande et systématiquement en service de médecine les lundis matins. L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs

	Oui	en médecine.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure intitulé "Recueil des directives anticipées" validée en version 2, le 02/03/2015. Le livret d'accueil remis au patient à son admission dans l'unité de soins donne l'information concernant les directives anticipées. Un affichage au sein de chaque service informe également le patient de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. Un document institutionnel remis au patient à son admission l'informe sur le texte de loi concernant les directives anticipées et propose un support permettant de les rédiger. La copie du document retraçant les directives anticipées est intégrée dans le dossier médical du patient, une mention étant faite dans le dossier de soins, l'original est gardé par le patient, et il peut la modifier à tout moment en informant l'équipe de son choix.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de « recueil des directives anticipées ». Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil, les consultations externes et les services de soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les unités accueillant des personnes en fin de vie ont développé des projets médicaux et de soins précisant les critères de qualité à mettre en oeuvre en termes de prise en compte des besoins des patients, de prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeute, diététicienne, infirmière de psycho oncologie, psychiatre) ou d'accompagnement des proches. Des réunions pluridisciplinaires sont conduites chaque semaine dans les unités au cours desquelles est affiné le projet thérapeutique individualisé, en fonction de l'état du patient. Ces informations sont tracées dans le

	Oui	dossier.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	En grande partie	L'établissement propose dans son plan de formation annuel, des sessions sur "Qualité et sécurité des prises en charges : directives anticipées, entourage des familles + fin de vie et démarches palliatives", dispensés par des organismes extérieurs. En interne, deux sessions de formations sur les modalités de recueil des directives anticipées ont été dispensées les 28/04/2015 et 04/05/2015. Le médecin responsable du SSR, présidente du CLUD est titulaire d'un DIU en soins palliatifs. Elle est membre de la commission des soins palliatifs. Cependant, il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Dans les unités prenant en charge des patients en soins palliatifs, des réunions pluriprofessionnelles à périodicité définie sont organisées pour évaluer la stratégie thérapeutique, et leurs conclusions sont tracées sur le dossier médical et de soins. Un dossier support de prise en charge en soins palliatifs projet de soins individualisé est également disponible pour guider et tracer cette réflexion. Cette approche concertée associe étroitement le patient et/ou la famille dans le respect des dispositions de la loi du 22 avril 2005.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	En grande partie	Lors des staffs ou des réunions pluridisciplinaires, les situations complexes en termes de charge psychologique sont identifiées par les médecins et/ou les personnels d'encadrement. Si cette charge rejaille sur l'équipe, une discussion s'instaure alors en y associant le psychiatre ou les infirmières de psycho-oncologie. Cependant, il n'est pas fait appel à des intervenants extérieurs par manque de ressources.

<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels de l'établissement en octobre 2013 par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux de l'établissement. Lors de la réactualisation de la procédure du recueil des directives anticipées, faisant suite à l'élaboration d'un document institutionnel remis au patient d'aide à la rédaction des directives anticipées, deux sessions de formations ont été dispensées par les membres de la commission des soins palliatifs, avec un rappel sur la loi et les directives anticipées, à l'ensemble du personnel de l'établissement. Sur la lettre Infhôpital du premier trimestre 2015, un focus a été fait sur l'Ethique.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement vient de formaliser par la signature d'une convention avec ASP12, l'intervention des bénévoles de cette association. Il est également fait appel au réseau de soins palliatifs : PALLIANCE 12. La demande du patient est tracée dans le dossier. Les personnes de l'aumônerie passent dans les services à la demande du personnel, des patients, ou de l'entourage.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. En avril 2015, ce groupe s'est transformé en "commission des soins palliatifs". Le règlement intérieur a été rédigé et rappelle le rôle et les missions de cette instance. Son fonctionnement est formalisé et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie y sont définies. Un bilan comportant des données d'activité quantitatives a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie,</p>

	En grande partie	sont abordées au sein de la CRU.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Lors des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires, ces questions sont discutées avec l'ensemble des professionnels, la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient, et dans la fiche de synthèse de réunion. L'approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de la démarche, intègre les volontés exprimées du patient, prend en compte les éléments motivant la décision du médecin ayant en charge le patient, et établit le champ d'information de l'entourage.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre tant en matière de formation, d'apport méthodologique à la formalisation de la démarche palliative dans les services de soins, de rédaction de procédures que l'information à destination des patients. Ces actions sont conduites par la commission des soins palliatifs. Cependant, si les actions menées correspondent aux besoins des services impliqués dans la prise en charge en soins palliatifs, elles ne sont pas la résultante d'une évaluation du dispositif mis en place.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Oui

L'établissement a structuré la prise en charge en soins palliatifs et dispose d'une politique des soins palliatifs qui a été validée le 18/03/2015. Une organisation permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée est décrite dans la procédure "admission et prise en charge en soins palliatifs" du 01/03/2015. L'objectif est d'assurer un accès à des soins palliatifs de qualité pour les patients relevant de ce type de prise en charge, ainsi qu'un accompagnement adapté à leurs proches. Les acteurs clés sont identifiés, leurs missions et responsabilités sont définies dans ces procédures. Les médecins animent les réunions pluridisciplinaires et sont en contact direct avec l'entourage du patient. Le médecin titulaire du DIU soins palliatifs intervient sur le pôle gériatrique dont le SSR. L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs en Service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure intitulée "Recueil des directives anticipées" validée en version 2, le 02/03/2015. Le livret d'accueil remis au patient à son admission dans l'unité de soins donne l'information concernant les directives anticipées. Un affichage au sein de chaque service informe également le patient de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. Un document institutionnel remis au patient à son admission l'informe sur le texte de loi concernant les directives anticipées et propose un support permettant de les rédiger. La copie du document retraçant les directives anticipées est intégrée dans le dossier médical du patient, une mention étant faite dans le dossier de soins, l'original est gardé par le patient, et il peut la modifier à tout moment en informant l'équipe de son choix.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de « recueil des directives anticipées ». Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil, les consultations externes et les services de soins. Cette information est accompagnée par une explication précise avec une reformulation par les médecins et les soignants.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les unités accueillant des personnes en fin de vie ont développé des projets médicaux et de soins précisant les critères de qualité à mettre en oeuvre en termes de prise en compte des besoins des patients, de prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeute, diététicienne, psychologue des consultations mémoire) ou d'accompagnement des proches. Des réunions pluridisciplinaires sont conduites chaque semaine dans les unités au cours desquelles est affiné le projet thérapeutique individualisé, en fonction de l'état du patient, ces informations sont tracées dans le dossier.

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement propose dans son plan de formation annuel, des sessions sur "Qualité et sécurité des prises en charges : directives anticipées, entourages des familles + fin de vie et démarches palliatives", dispensés par des organismes extérieurs. En interne, deux sessions de formations sur les modalités de recueil des directives anticipées ont été dispensées les 28/04/2015 et 04/05/2015 par les membres de la commission des soins palliatifs. Le médecin responsable du SSR, présidente du CLUD est titulaire d'un DIU en soins palliatifs et membre de la commission des soins palliatifs. Cependant, il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans les unités prenant en charge des patients en soins palliatifs, des réunions pluriprofessionnelles à périodicité définie sont organisées pour évaluer la stratégie thérapeutique, et leurs conclusions sont tracées sur le dossier médical et de soins. Un dossier support de prise en charge en soins palliatifs projet de soins individualisé est également disponible pour guider et tracer cette réflexion. Cette approche concertée associe étroitement le patient et/ou la famille dans le respect des dispositions de la loi du 22 avril 2005.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Lors des staffs ou des réunions pluridisciplinaires, les situations complexes en termes de charge psychologique sont identifiées par les médecins et/ou les personnels d'encadrement. Si cette charge rejaille sur l'équipe, une discussion s'instaure alors en y associant le psychologue des consultations mémoire, faisant partie du pôle. Cependant, il n'est pas fait appel à des intervenants extérieurs à l'établissement par manque de ressources.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels de l'établissement en octobre 2013 par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en</p>

	Oui	décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux de l'établissement. Lors de la réactualisation de la procédure du recueil des directives anticipées, faisant suite à l'élaboration d'un document institutionnel remis au patient d'aide à la rédaction des directives anticipées, deux sessions de formations ont été dispensées par les membres de la commission des soins palliatifs, avec un rappel sur la loi et les directives anticipées, à l'ensemble du personnel de l'établissement. Sur la lettre Infhôpital du premier trimestre 2015, un focus a été fait sur l'Ethique.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement vient de formaliser par la signature d'une convention avec ASP12, l'intervention des bénévoles de cette association. Il est également fait appel au réseau de soins palliatifs : PALLIANCE 12. La demande du patient est tracée dans le dossier. Les personnes de l'aumônerie passent dans les services à la demande du personnel, des patients, ou de l'entourage.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. En avril 2015, ce groupe s'est transformé en "commission des soins palliatifs". Le règlement intérieur a été rédigé et y rappelle le rôle et les missions de cette instance. Son fonctionnement est formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie y sont définies. Un bilan comportant des données d'activité quantitatives a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU, les procédures sont présentées à la CME.

<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors des staffs hebdomadaire pluridisciplinaire, ces questions sont discutées avec l'ensemble des professionnels, la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient, et dans la fiche de synthèse de réunion. L'approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de la démarche, intègre les volontés exprimées du patient, prend en compte les éléments motivant la décision du médecin ayant en charge le patient, et établit le champ d'information de l'entourage.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre tant en matière de formation, d'apport méthodologique à la formalisation de la démarche palliative dans les services de soins, de rédaction de procédures que l'information à destination des patients. Ces actions sont conduites par la commission des soins palliatifs. Cependant, si les actions menées correspondent aux besoins des services impliqués dans la prise en charge en soins palliatifs, elles ne sont pas la résultantes d'une évaluation du dispositif mis en place.</p>

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Soins de longue durée
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

En grande partie

L'établissement a structuré la prise en charge en soins palliatifs et dispose d'une politique des soins palliatifs qui a été validée le 18/03/2015. Une organisation permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en œuvre une prise en charge adaptée est décrite dans la procédure "admission et prise en charge en soins palliatifs" du 01/03/2015. L'objectif est d'assurer un accès à des soins palliatifs de qualité pour les patients relevant de ce type de prise en charge, ainsi qu'un accompagnement adapté à leurs proches. Les acteurs clés sont identifiés, leurs missions et responsabilités sont définies dans ces procédures. Les médecins animent les réunions pluridisciplinaires et sont en contact direct avec l'entourage du patient. Selon les besoins, ils font appel à leur confrère, médecin titulaire du DIU soins palliatifs, qui intervient sur le pôle gériatrique et peut sur demande intervenir dans les différents services. Cependant, les réunions sont mensuelles en SLD et des situations sont discutées lors des temps de relève sans traçabilité.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure intitulée "Recueil des directives anticipées" validée en version 2, le 02/03/2015. Le livret d'accueil remis au patient à son admission dans l'unité de soins donne l'information concernant les directives anticipées. Un affichage au sein de chaque service informe également le patient de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. Un document institutionnel remis au patient à son admission l'informe sur le texte de loi concernant les directives anticipées et propose un support permettant de les rédiger. La copie du document retraçant les directives anticipées est intégrée dans le dossier médical du patient, une mention étant faite dans le dossier de soins, l'original est gardé par le patient, et il peut la modifier à tout moment en informant l'équipe de son choix. En regard du profil des patients accueillis dans cette unité, l'information est expliquée ou reformulée par le médecin ou les soignants.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de "recueil des directives anticipées". Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil, les consultations externes et les services de soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	En grande partie	Les unités accueillant des personnes en fin de vie ont développé des projets médicaux et de soins précisant les critères de qualité à mettre en oeuvre en termes de prise en compte des besoins des patients, de prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeute, diététicienne, psychologue des consultations mémoire) ou d'accompagnement des proches. Des réunions pluridisciplinaires sont conduites chaque mois dans les unités au cours desquelles est affiné le projet thérapeutique individualisé, en fonction de l'état du patient, ces informations sont tracées dans le dossier. Le service est en attente du déploiement du dossier spécifique à la prise en

	En grande partie	charge des patients en soins palliatifs pour harmonisation des documents de l'établissement. Cela ne permet pas de formaliser la prise en charge en soins palliatifs telle qu'elle existe dans les autres services.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	En grande partie	L'établissement propose dans son plan de formation annuel, des sessions sur "Qualité et sécurité des prises en charges : directives anticipées, entourage des familles + fin de vie et démarches palliatives", dispensés par des organismes extérieurs. En interne, deux sessions de formations sur les modalités de recueil des directives anticipées ont été dispensées les 28/04/2015 et 04/05/2015 par les membres de la commission des soins palliatifs. Le médecin responsable du SSR, présidente du CLUD est titulaire d'un DIU en soins palliatifs et membre de la commission des soins palliatifs. Cependant, il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	En grande partie	Dans les unités prenant en charge des patients en soins palliatifs, des réunions pluriprofessionnelles à périodicité définie sont organisées pour évaluer la stratégie thérapeutique, et leurs conclusions sont tracées sur le dossier médical et de soins. Cependant, en SLD, un dossier support de prise en charge en soins palliatifs projet de soins individualisé n'est pas disponible pour guider et tracer cette réflexion. Cette approche concertée associe étroitement le patient et/ou la famille dans le respect des dispositions de la loi du 22 avril 2005.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	En grande partie	Lors des staffs ou des réunions pluridisciplinaires, les situations complexes en termes de charge psychologique sont identifiées par les médecins et/ou les personnels d'encadrement. Si cette charge rejaillit sur l'équipe, une discussion s'instaure alors en y associant le psychologue des consultations mémoire, qui fait partie du pôle de gériatrie. Cependant, il n'est pas fait appel à des intervenants extérieurs par manque de ressources.

<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels de l'établissement en octobre 2013 par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux de l'établissement. Lors de la réactualisation de la procédure du recueil des directives anticipées, faisant suite à l'élaboration d'un document institutionnel remis au patient d'aide à la rédaction des directives anticipées, deux sessions de formations ont été dispensées par les membres de la commission des soins palliatifs, avec un rappel sur la loi et les directives anticipées, à l'ensemble du personnel de l'établissement. Sur la lettre Infhôpital du premier trimestre 2015, un focus a été fait sur l'Ethique.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement vient de formaliser par la signature d'une convention avec ASP12, l'intervention des bénévoles de cette association. Il est également fait appel au réseau de soins palliatifs : PALLIANCE 12. La demande du patient est tracée dans le dossier. Les personnes de l'aumônerie passent dans les services à la demande du personnel, des patients, ou de l'entourage.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. En avril 2015, ce groupe s'est transformé en "commission des soins palliatifs". Le règlement intérieur a été rédigé et y rappelle le rôle et les missions de cette instance. Son fonctionnement est formalisé et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie y sont définies. Un bilan comportant des données d'activité quantitatives a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie,</p>

	En grande partie	sont abordées au sein de la CRU.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Lors des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires, ces questions sont discutées avec l'ensemble des professionnels. La décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient, et dans la fiche de synthèse de réunion. L'approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de la démarche, intègre les volontés exprimées du patient, prend en compte les éléments motivant la décision du médecin ayant en charge le patient, et établit le champ d'information de l'entourage.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre tant en matière de formation, d'apport méthodologique à la formalisation de la démarche palliative dans les services de soins, de rédaction de procédures que l'information à destination des patients. Ces actions sont conduites par la commission des soins palliatifs. Cependant, si les actions menées correspondent aux besoins des services impliqués dans la prise en charge en soins palliatifs, elles ne sont pas la résultantes d'une évaluation du dispositif mis en place.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Santé mentale
Gestion du dossier du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide d'utilisation du dossier patient a été validé en version 2, en avril 2015. Il définit la constitution et la tenue du dossier. Les documents sont accessibles aux professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le déploiement du dossier informatisé est initié et la partie prescription/administration médicamenteuse et pancarte est effective. Le groupe "Veille dossier patient" informe et rappelle ces dispositions aux professionnels, lors de réunions de service ou de restitution des résultats d'évaluation menées. L'attribution à chaque professionnel concerné du code d'accès au dossier patient informatisé est formalisé, et une charte informatique incluse dans la politique du système d'information a été déployée. Une infirmière référente dossier a été nommée. Un groupe de pilotage sur le déploiement du dossier informatisé est en place en psychiatrie et se réunit une fois par mois pour faire le point sur l'avancée du projet.

<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure "Accès aux locaux des archives médicale du pôle de santé mentale" a été diffusée et validée le 20/04/2015. Celle-ci décline les modalités d'accès aux dossiers et les autorisations des professionnels. L'accès à ces dossiers est possible 24h /24. Les règles de transport des dossiers intra et intersites, avec traçabilité des mouvements des dossiers, sont formalisées et disponibles dans le classeur administratif et sur intranet. Les documents sont accessibles aux professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux professionnels, lors de réunions de service ou de restitution des résultats d'évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné du code d'accès au dossier patient informatisé est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 73% avec un intervalle de confiance à 95% [70%-77%] pour la campagne de recueil 2013.</p>
<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités de communication du dossier entre professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes ont été formalisées : "Circulation des dossiers au sein de l'établissement", "Circulation intersite", "Règles de tenue et accès du dossier patient en psychiatrie". Le dossier informatisé est en cours de déploiement, la partie prescription/administration médicamenteuse, la pancarte et l'agenda du patient est effective, ce qui permet une accessibilité du dossier par l'ensemble des professionnels pour assurer la continuité de la prise en charge du patient en psychiatrie adulte et en pédo psychiatrie. Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont transmis afin d'assurer la continuité des</p>

	Oui	soins (compte rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'examens) ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital numérique" associé au jour de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : tenue du dossier en pédopsychiatrie au regard des recommandations de bonnes pratiques de tenue du dossier en psychiatrie ambulatoire ; conformité du dossier de soins. L'établissement a recueilli l'indicateur "Hôpital numérique" associé au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Suite à l'analyse des évaluations, des actions coordonnées par l'équipe DPI (Dossier Patient Informatisé), le groupe "veille dossier patient" ont été menées : par une formation renforcée à la tenue du dossier informatisé ; l'intégration des ordonnances de sortie ; l'intégration du suivi et de l'historique de l'évaluation de la douleur.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Santé mentale
 Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

L'établissement assure la prise en charge des patients de santé mentale, adultes et enfants de la ½ sud du département de l'Aveyron. Il dispose de nombreux sites de prise en charge en hospitalisation complète, en hôpital de jour, en appartements associatifs et en consultation.

La continuité et la coordination de l'ensemble de ces patients est assurée par des permanences médicales et paramédicales sous forme d'astreinte 24h24 tous les jours de la semaine pour les médecins et du lundi au vendredi pour les infirmiers.

L'établissement négocie avec sa tutelle l'extension de l'astreinte 7j/7 pour les infirmiers. Les infirmiers assurent la prise en charge des patients en hospitalisation complète avec 3 équipes par 24 heures et en fonction des amplitudes horaires dans les structures sans hospitalisation.

Les règles de présence, de gardes et astreintes sont définies à travers plusieurs documents validés par les instances (protocole de planification de la présence médicale et de la permanence des soins, protocole de planification de la présence des personnels soignants dans les unités).

	Oui	<p>Un planning de présence et un tableau d'astreintes médicales de psychiatres et pédopsychiatres sont établis, à jour et affichés dans toutes les structures, au niveau des secrétariats médicaux et des postes de soins. Une astreinte hebdomadaire de cadre soignant est également organisée sur l'ensemble de l'établissement.</p> <p>Les fermetures annuelles de certaines structures sont organisées en concertation afin d'éviter l'absence des professionnels au regard du patient (l'hôpital de jour et le CATTP ne sont jamais fermés en même temps, par exemple).</p> <p>Le numéro de téléphone du professionnel de permanence et le numéro direct de l'unité d'hospitalisation sont communiqués au patient en difficulté pour assurer la continuité de sa prise en charge dans les meilleurs délais pour les périodes de week-end, jours fériés, nuit, etc.</p>
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	<p>De nombreux temps d'échanges formels sont en place pour assurer la coordination entre les différentes équipes et avec les partenaires extérieurs telles que réunion de concertation et de coordination de l'équipe médicale, réunion clinique hebdomadaire pluridisciplinaire, réunion de synthèse ou de bilan, réunion de fonctionnement de l'équipe paramédicale, réunion de pôle, etc.</p> <p>La coordination avec les partenaires extérieurs s'effectue lors de rencontres, de réunions communes autour de la prise en charge des patients ou encore d'échange de courrier ou de pièces du dossier. Ces modalités de coordination élaborées avec l'ensemble des professionnels sont effectives et formalisées dans le projet médical couvrant la période 2013-2017.</p> <p>L'établissement dispose aussi depuis mai 2012 d'une structure immobilière distincte de l'établissement MCO mais à proximité, qui a été conçue par les professionnels de santé mentale, pour favoriser la continuité et la coordination de la prise en charge assurant sur le même site un CMP, une unité d'hospitalisation complète, des ateliers thérapeutiques, une unité d'ergothérapie, etc.</p>

<p>Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un groupe de travail a été chargé de dresser un état des lieux de l'existant et de définir les modalités de transmissions d'information entre les différents secteurs de la psychiatrie et avec les partenaires extérieurs. Le guide de tenue du dossier patient a été actualisé pour prendre en compte toutes les modalités de transmission d'information.</p> <p>Pa ailleurs, le logiciel de gestion médicale a été choisi pour être implanté sur l'ensemble des structures de santé mentale au même titre que les autres prises en charge du centre hospitalier. Les médecins et infirmiers libéraux, la famille, les auxiliaires de vie, sont associés à la continuité de la prise en charge autant que de besoin.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>La collaboration entre les services de psychiatrie adultes et enfant et les structures partenaires intra ou extrahospitalières s'effectue par la transmission de fiches de liaisons, complétées par des entretiens téléphoniques et des temps de concertations avec les différents partenaires de la prise en charge (structures extérieures, services sociaux). Une fiche relative au projet thérapeutique individuel du patient est complétée par le médecin puis transmise à l'unité ou la structure prenant en charge le patient.</p> <p>Des réunions de concertation avec différents partenaires du Centre hospitalier (pédopsychiatrie, maternité etc.) ou du réseau médico-social (lycée, ASE, etc.) permettent une collaboration multidisciplinaire autour de la prise en charge des patients enfants ou adolescents. Ces réunions sont planifiées à périodicité définie.</p> <p>Les professionnels disposent aujourd'hui du logiciel de gestion médicale qui leur permet une visibilité totale de l'ensemble de la prise en charge d'un patient quelle que soit la filière de prise en charge en santé mentale mais également en MCO. Le logiciel est interfacé avec le logiciel de gestion administrative. Ils visualisent ainsi l'agenda du patient construit à partir de ses multiples rendez-vous et consultations.</p> <p>Chaque agent dispose également d'une messagerie</p>

	Oui	<p>personnelle, d'un accès intranet (et d'un portable de garde lorsqu'il est de permanence), permettant une facilitation de la coordination. Un médecin généraliste assure la prise en charge des patients, notamment pour chaque entrant et pour les patients âgés polyopathologique et polymédicamentés plus particulièrement. Le traitement en cours du patient est informatisé et accessible aux professionnels qui le prennent en charge, notamment le traitement de sortie.</p> <p>Les professionnels connaissent les modalités de collaboration des différentes structures de prise en charge en santé mentale, avec les unités de médecine somatique et les autres structures hors du champ sanitaire (EHPAD, établissements de l'Education nationale, Forces de l'ordre, Préfecture, etc.).</p>
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	<p>L'établissement a actualisé les conventions dont il disposait déjà et a complété par de nouvelles conventions avec d'autres partenaires (EHPAD, Education nationale, etc.).</p> <p>Le suivi des enfants est assuré dans les structures dédiées mais également dans leurs différents lieux de vie : halte-garderie, crèche, école, collège et lycée (lycée agricole pour les internes notamment) par un ensemble de professionnels (médecin, éducatrice, psychomotricienne, etc.) participant à des réunions de coordination périodiques. Les professionnels de ces structures (éducation nationale, ASE, PMI, etc.) participent à des rencontres de coordination, programmées périodiquement aussi.</p> <p>Les médecins et infirmiers libéraux, la famille et les auxiliaires de vie, sont associés à la continuité de la prise en charge autant que de besoin.</p> <p>Les professionnels font appel aux compétences disponibles au sein de l'établissement, notamment les Urgences mais également les autres unités. Le logiciel de gestion médicale favorise les échanges avec les autres unités somatiques (compte-rendu de consultation ou d'examen complémentaires en ligne, séjours précédents, antécédents,</p>

	Oui	etc.).
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Chaque patient dispose d'un médecin et d'un professionnel paramédical qui assurent la coordination de sa prise en charge comme référent. Le professionnel paramédical assure, notamment, son accompagnement en consultation, si nécessaire, auprès des Urgences, du médecin généraliste traitant ou tout autre spécialiste (dentiste par exemple). Le patient est également rattaché à une structure de référence.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	<p>Un état des lieux a été réalisé par un groupe de travail pluridisciplinaire sur les mécanismes de coordination de la prise en charge et de transmission des informations pour le secteur de santé mentale, il se poursuit. L'établissement n'a pas enregistré d'événement indésirable relatif à la continuité et à la coordination des soins.</p> <p>Un bilan annuel d'activité est réalisé dans le secteur de santé mentale (adulte et enfant).</p> <p>Le secteur de santé mentale a engagé une EPP sur la prise en charge du patient suicidaire en collaboration avec le service des Urgences.</p> <p>Des augmentations d'amplitude des plages d'ouverture de certaines structures sont envisagées (CMP par exemple) pour améliorer la continuité de l'accueil du patient.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été menées sur la systématisation de la périodicité du suivi de chaque patient quel que soit son degré d'évolution (y compris pour les patients stabilisés à évolution favorable, par exemple).</p> <p>L'évaluation a aussi porté sur la tenue du dossier du patient et des actions d'amélioration ont été apportées, notamment la mise en œuvre du dossier informatisé en place depuis fin 2014.</p> <p>Le projet architectural d'une structure favorisant la coordination de la prise en charge, pensé par les</p>

Oui	professionnels de santé mentale, est abouti et les patients disposent d'une structure adapté à leurs besoins depuis mai 2012.
-----	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2015 - 2017, validée par la COMEDIMS et la CME a pris effet en mars 2015. Elle a été rédigée par la Responsable du Système Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, en concertation avec des médecins de la CME, le pharmacien Responsable de la PUI, la Directrice des soins, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la technicienne Qualité et Gestion des Risques. Elle prend en compte les résultats des différentes certifications, la réglementation, les plans et programmes nationaux, les comptes rendus d'inspection, les actions du CBUMPP 2014 - 2018, du programme Hôpital Numérique, les événements indésirables, les RMM et les plaintes et réclamations. Par ailleurs, les objectifs d'amélioration évoquent les populations à risque (pédiatrie, femmes enceintes et personnes âgées). Le schéma du processus "Prise en charge médicamenteuse en établissement disposant d'une PUI" inclut la gestion du traitement personnel.

Les mesures de traitement des axes de cette politique sont

<p>En grande partie</p>	<p>annoncées par la mise en place de plan d'actions (responsable, date cible, de report, effective, indicateurs et suivi des actions). Il existe de nombreux plans d'actions : CBUMPP, plans COMEDIMS : population à risques, médicaments à risque, fiches de suivi du rapport initial de la certification V2010, etc. Les actions sont en parties reprise dans le PAQSS et certaines planifiées dans le CBUMPP. Cependant, la multiplicité et la dispersion des plans d'actions ne répondent pas entièrement aux modalités décrites dans la politique. De plus, il n'est pas toujours retrouvé un pilote, des modalités de suivi, d'indicateurs et de périodicité de recueil pour chaque action.</p> <p>Le pilotage stratégique de la politique est conduit par la Direction et le Président de la CME, le pilotage opérationnel par la COMEDIMS, sous-commission de la CME. Celle-ci s'appuie sur les instances existantes, telles que la CAI, le CLIN, le groupe "Cardabelle" etc.</p> <p>Les ressources documentaires, matériels, équipements, interfaces y sont définies.</p> <p>Le nouvel organigramme de la pharmacie présente les professionnels et les liens fonctionnels et hiérarchiques les rattachant.</p> <p>La fiche de poste de la Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse est rédigée. Sa nomination a été validée en CME.</p> <p>Le CBUMPP 2014-2018 est en place.</p> <p>Les interfaces nécessaires entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour leur analyse pharmaceutique sont formalisées dans le document "Maîtrise du circuit du médicament".</p> <p>La dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé fait l'objet d'un protocole d'avril 2015.</p> <p>Une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes est rédigée.</p>
-------------------------	--

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le déploiement de l'informatisation est intégré au schéma directeur du système d'information. Il a fait l'objet d'un suivi calendaire dont les échéances prévisionnelles ont été tenues. L'informatisation du circuit du médicamenteux est déployée dans l'ensemble des structures de l'établissement.</p> <p>Le taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est de 80%, supérieur au seuil d'éligibilité attendu à 50%, dans le tableau des indicateurs du programme Hôpital Numérique d'avril 2015.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels disposent du livret thérapeutique, de 1ère intention dans le logiciel ORBIS, qui propose des équivalences par classe thérapeutique. D'autres outils sont disponibles : le Vidal Hoptimal, un livret de correspondance 2015 DCI > Princeps en format poche, largement diffusé, le Dorosz, le guide de prescription chez la personne âgée OMEDIT CENTRE, un tableau des médicaments à ne pas écraser et un autre sur les modalités de préparation des injectables. Le système documentaire interne est accessible à tous les prescripteurs. Il intègre d'une part les notes de service rédigées par la pharmacie et d'autre part les procédures "Maîtrise du circuit du médicament" et "Règles de prescription". Cependant, la spécificité des prescriptions des médicaments à risque n'y est pas abordée.</p> <p>Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est en place.</p> <p>Une procédure sur la sécurisation du circuit de prescription - dispensation - administration des chimiothérapies est diffusée depuis décembre 2014. En annexe, y est joint un tableau des stabilités des anticancéreux reconstitués ou dilués.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des formations sur la prévention des erreurs médicamenteuses et les risques iatrogéniques ont été effectuées par le service qualité - gestion des risques auprès des médecins, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants fin 2014 et début 2015. Les thèmes en ont été : la</p>

	Oui	<p>sécurisation du circuit des médicaments, informatisation comprise, la typologie des erreurs médicamenteuses, en particulier sur les "never events" et le circuit de signalement.</p> <p>Ces formations sont intégrés au plan de formation.</p> <p>Les infirmiers référents pharmacie sont identifiés dans tous les services, leur rôle est formalisé dans une fiche de poste. Ils ont assuré la diffusion de la formation sur la prévention des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les cadres de santé ont, aux aussi, relayé les informations en réunions d'équipes.</p> <p>Une plaquette "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses" est largement diffusée dans tous les services.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	<p>Le module sur le circuit du médicament du logiciel ORBIS est déployé dans tous les services, y compris en chirurgie ambulatoire.</p> <p>Le logiciel ASCLEPIOS est en place pour les chimiothérapies, interfacé avec ORBIS. La version 3 est disponible mais l'une des infirmières sur les 3 exerçant à l'hôpital de jour n'a pas encore bénéficié de la formation, prévue dans les jours prochains. A ce jour, les prescriptions sont réalisés dans ASCLEPIOS version 2 pour les chimiothérapies et sur support papier, pour les chimiothérapies et les prémédications, support unique de prescription - administration.</p> <p>Un logiciel propre au service des urgences est en place. Dès lors, qu'un patient est hospitalisé et donc transféré vers un des services hospitaliers, l'urgentiste réalise une nouvelle prescription médicamenteuse dans le logiciel ORBIS, assurant ainsi la continuité de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Un seul document papier reste à disposition des professionnels : "Document de consultation pré - anesthésie", support unique de prescription - administration.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>il n'existe pas encore de dispositif d'évaluation structuré. Les indicateurs suivis sont issus des campagnes nationales bisannuelles IQSS et du CBUMPP. D'autres évaluations, comme le niveau de connaissance sur des médicaments à risque et la tenue des armoires dans les services, ont été menées récemment mais n'ont pas fait l'objet d'analyse. Aucun indicateur n'est identifié, ni suivi. Le suivi de la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24ème et la 72ème heure est effectif. Toutefois, dans le cadre d'EPP sur le médicament, par exemple sur le paracétamol IV, les états d'avancement ne permettent pas d'identifier des indicateurs et de les suivre. L'établissement n'a pas identifié d'indicateurs qui feraient l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif en lien avec les récentes actions menées depuis le rapport initial de la certification de 2014, intégrés au PAQSS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La déclaration des événements indésirables liées aux médicaments est organisée au sein du circuit informatisé de déclaration institutionnelle, connu des professionnels. Les modalités d'analyse en sont définies selon la méthode ALARM. Un CREX a été conduit avec le service des urgences le 15 janvier 2015. Cependant, la sous-déclaration des erreurs médicamenteuses (10 en 2014) ne permet pas d'assurer un recueil exploitable des erreurs médicamenteuses. De plus, l'analyse en est réalisée par le service qualité - gestion des risques mais sans association systématique des professionnels concernés. Des erreurs médicamenteuses passées ou observées en cours de visite ne font pas l'objet d'une déclaration auprès du service qualité - gestion des risques. Les actions correctives sont parfois décidées au sein des services par quelques professionnels sans analyse systémique, mesure d'impact et partage d'expérience.</p>

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des actions d'amélioration sont en place, suite au rapport de certification 2014 et aux divers plan d'actions du COMEDIMS, des axes du PAQSS : Actualisation de la politique, formations, mise en place de référents infirmiers pharmacie, travaux en URC, procédure "Maîtrise du médicament", informatisation.</p> <p>Quant aux actions issues des déclarations internes, leur nombre restreint (10 en 2014), la gestion de leur analyse sans association des déclarants ou sans association du service qualité - gestion des risques n'a pas permis de conduire un plan structuré d'actions correctives. Les professionnels déclarants ne bénéficient pas toujours d'une rétro-information.</p>
---	----------------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Santé mentale
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2015 - 2017, validée par la COMEDIMS et la CME a pris effet en mars 2015. Elle a été rédigée par la Responsable du Système Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, en concertation avec des médecins de la CME, le pharmacien Responsable de la PUI, la Directrice des soins, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la technicienne Qualité et Gestion des Risques. Elle prend en compte les résultats des différentes certifications, la réglementation, les plans et programmes nationaux, les comptes rendus d'inspection, les actions du CBUMPP 2014 - 2018, du programme Hôpital Numérique, les événements indésirables, les RMM et les plaintes et réclamations. De plus, les objectifs d'amélioration évoquent les populations à risque (pédiatrie, femmes enceintes et personnes âgées) mais. Le schéma du processus "Prise en charge médicamenteuse en établissement disposant d'une PUI" inclut la gestion du traitement personnel. Les mesures de traitement des axes de cette politique sont annoncées par la mise en place de

<p>En grande partie</p>	<p>plan d'actions (responsable, date cible, de report, effective, indicateurs et suivi des actions). Il existe de nombreux plans d'actions : CBUMPP, plans COMEDIMS : population à risques, médicaments à risque, fiches de suivi du rapport initial de la certification V2010, etc. Les actions sont en partie reprises dans le PAQSS et certaines planifiées dans le CBUMPP. Cependant, la multiplicité et la dispersion des plans d'actions ne répondent pas entièrement aux modalités décrites dans la politique. De plus, il n'est pas toujours retrouvé un pilote, des modalités de suivi, d'indicateurs et de périodicité de recueil pour chaque action. Le pilotage stratégique de la politique est conduit par la Direction et le Président de la CME, le pilotage opérationnel par la COMEDIMS, sous-commission de la CME. Celle-ci s'appuie sur les instances existantes, telles que la CAI, le CLIN, le groupe "Cardabelle" etc.</p> <p>Les ressources documentaires, matériels, équipements, interfaces y sont définies.</p> <p>Le nouvel organigramme de la pharmacie présente les professionnels et les liens fonctionnels et hiérarchiques les rattachant.</p> <p>La fiche de poste de la Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse est rédigée. Sa nomination a été validée en CME.</p> <p>Le CBUMPP 2014-2018 est en place.</p> <p>Les interfaces nécessaires entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour leur analyse pharmaceutique sont formalisées dans le document "Maîtrise du circuit du médicament".</p> <p>La sécurisation du circuit du médicament en pédopsychiatrie a fait récemment l'objet d'un protocole décrivant les règles de prescription et d'administration.</p> <p>La dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé fait l'objet d'un protocole d'avril 2015.</p> <p>Une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes est rédigée.</p>
-------------------------	--

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le déploiement de l'informatisation est intégré au schéma directeur du système d'information. Il a fait l'objet d'un suivi calendaire dont les échéances prévisionnelles ont été tenues. L'informatisation du circuit du médicamenteux est déployée dans l'ensemble des structures de l'établissement.</p> <p>Le taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est de 80%, supérieur au seuil d'éligibilité dans le tableau des indicateurs du programme Hôpital Numérique d'avril 2015.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels disposent du livret thérapeutique, de 1ère intention dans le logiciel ORBIS, qui propose des équivalences par classe thérapeutique. D'autres outils sont disponibles : le Vidal Hoptimal, un livret de correspondance 2015 DCI > Princeps en format poche, largement diffusé, le Dorosz, le guide de prescription chez la personne âgée OMEDIT CENTRE, un tableau des médicaments à ne pas écraser et un autre sur les modalités de préparation des injectables. Le système documentaire interne est accessible à tous les prescripteurs. Il intègre d'une part les notes de service rédigées par la pharmacie et d'autre part les procédures "Maîtrise du circuit du médicament" et "Règles de prescription". Cependant, la spécificité des prescriptions des médicaments à risque n'y est pas abordée.</p> <p>La procédure "Médicaments à risque en pédopsychiatrie" décline l'information au patient et à sa famille si hors AMM, les risques encourus, les contraintes et bénéfices, la motivation de la prescription dans le dossier, et par médicament référencé : les indications, modalités de prescription, effets indésirables, contre-indications, modalités de prise, surveillance et fin de traitement. Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est en place. Elle a fait l'objet d'une formation aux médecins et référents infirmiers pharmacie du service d'hospitalisation adulte en psychiatrie en février 2015.</p> <p>Un livret de suivi de traitement par Clozapine pour aide à la prescription et à la surveillance est disponible.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Des formations sur la prévention des erreurs médicamenteuses et les risques iatrogéniques ont été effectuées par le service qualité - gestion des risques auprès des médecins, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants fin 2014 et début 2015. Les thèmes en ont été : la sécurisation du circuit des médicaments, informatisation comprise, la typologie des erreurs médicamenteuses, en particulier sur les "never events" et le circuit de signalement.</p> <p>Ces formations sont intégrées au plan de formation.</p> <p>Les infirmiers référents pharmacie sont identifiés dans tous les services, leur rôle est formalisé dans une fiche de poste. Ils ont assuré la diffusion de la formation sur la prévention des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les cadres de santé ont, aux aussi, relayé les informations en réunions d'équipes.</p> <p>Une plaquette "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses" est largement diffusée dans tous les services.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le module sur le circuit du médicament du logiciel ORBIS est déployé dans toutes les structures intra et extra hospitalières en santé mentale du centre hospitalier depuis décembre 2014.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	<p>Il n'existe pas encore de dispositif d'évaluation structuré. Les indicateurs suivis sont issus des campagnes nationales bisannuelles IQSS et du CBUMPP.</p> <p>Des évaluations comme le niveau de connaissance sur des médicaments à risque et la tenue des armoires dans les services, ont été menées récemment mais n'ont pas fait l'objet d'analyse.</p> <p>Aucun indicateur n'est identifié, ni suivi.</p> <p>L'évaluation récente et restreinte à 5 dossiers sur le taux de remplissage des fiches relatives à la bonne prescription du sujet âgée a été effectuée en hospitalisation complète adulte.</p>

	Partiellement	<p>Le suivi de la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24ème et la 72ème heure est effectif.</p> <p>De plus, dans le cadre d'EPP sur le médicament, les états d'avancement ne permettent pas d'identifier des indicateurs et de les suivre.</p> <p>L'établissement n'a pas identifié d'indicateurs qui feraient l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif en lien avec les récentes actions menées depuis le rapport initial de la certification de 2014, intégrés au PAQSS.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	<p>La déclaration des événements indésirables liées aux médicaments est organisée au sein du circuit informatisé de déclaration institutionnelle, connu des professionnels. Les modalités d'analyse en sont définies selon la méthode ALARM. Cependant, la sous-déclaration des erreurs médicamenteuses (10 en 2014) ne permet pas d'assurer un recueil exploitable des erreurs médicamenteuses. De plus, l'analyse en est réalisée par le service qualité - gestion des risques mais sans association systématique des professionnels concernés. Des erreurs médicamenteuses passées ou observées en cours de visite ne font pas l'objet d'une déclaration auprès du service qualité - gestion des risques. Les actions correctives sont parfois décidées au sein des services par quelques professionnels sans analyse systémique, mesure d'impact et partage d'expérience.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	<p>Des actions d'amélioration sont en place, suite au rapport de certification 2014 et aux divers plan d'actions du COMEDIMS, des axes du PAQSS : Actualisation de la politique, formations, mise en place de référents infirmiers pharmacie, procédure "Maîtrise du médicament", "Sécurisation du circuit du médicament en pédopsychiatrie", médicaments à risque en pédopsychiatrie, informatisation.</p> <p>Quant aux actions issues des déclarations internes, leur nombre restreint (10 en 2014), la gestion de leur analyse sans association des déclarants ou sans association du service qualité - gestion des risques n'a pas permis de conduire un plan structuré d'actions correctives. Les</p>

Partiellement	professionnels déclarants ne bénéficient pas toujours d'une rétro-information.
---------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2015 - 2017, validée par la COMEDIMS et la CME a pris effet en mars 2015. Elle a été rédigée par la Responsable du Système Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, en concertation avec des médecins de la CME, le pharmacien Responsable de la PUI, la Directrice des soins, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la technicienne Qualité et Gestion des Risques. Elle prend en compte les résultats des différentes certifications, la réglementation, les plans et programmes nationaux, les comptes rendus d'inspection, les actions du CBUMPP 2014 - 2018, du programme Hôpital Numérique, les événements indésirables, les RMM et les plaintes et réclamations. De plus, les objectifs d'amélioration évoquent les populations à risque (personnes âgées). Le schéma du processus "Prise en charge médicamenteuse en établissement disposant d'une PUI" intègre la gestion du traitement personnel. Les mesures de traitement sont annoncées par la mise en place de plan d'actions (responsable, date cible, de report, effective, indicateurs et

<p>En grande partie</p>	<p>suivi des action).</p> <p>Il existe de nombreux plans d'actions : CBUMPP, plans COMEDIMS : population à risques, médicaments à risque, fiches de suivi du rapport initial de la certification V2010,etc. Les actions sont en partie reprises dans le PAQSS et certaines planifiées dans le CBUMPP. Cependant, la multiplicité et la dispersion des plans d'actions ne répondent pas entièrement aux modalités décrites dans la politique. De plus, il n'est pas toujours retrouvé un pilote, des modalités de suivi, d'indicateurs et de périodicité de recueil pour chaque action.</p> <p>Le pilotage stratégique de la politique est conduit par la Direction et le Président de CME, le pilotage opérationnel par la COMEDIMS, sous-commission de la CME. Celle-ci s'appuie sur les instances existantes, telles que la CAI, le CLIN, le groupe "Cardabelle" etc.</p> <p>Les ressources documentaires, matériels, équipements, interfaces y sont définies.</p> <p>Le nouvel organigramme de la pharmacie présente les professionnels et les liens fonctionnels et hiérarchiques les rattachant.</p> <p>La fiche de poste de la Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse est rédigée. Sa nomination a été validée en CME.</p> <p>Le CBUM 2014-2018 est en place.</p> <p>Les interfaces nécessaires entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour leur analyse pharmaceutique sont formalisées dans le document "Maîtrise du circuit du médicament".</p> <p>La dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé fait l'objet d'un protocole d'avril 2015.</p> <p>Une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes est rédigée.</p>
-------------------------	--

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le déploiement de l'informatisation est intégré au schéma directeur du système d'information. Il a fait l'objet d'un suivi calendaire dont les échéances prévisionnelles ont été tenues. L'informatisation du circuit du médicamenteux est déployée dans l'ensemble des structures de l'établissement. Le taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est de 80%, supérieur au seuil d'éligibilité attendu à 50%, dans le tableau des indicateurs du programme Hôpital Numérique d'avril 2015.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels disposent du livret thérapeutique, de 1ère intention dans le logiciel ORBIS, qui propose des équivalences par classe thérapeutique. D'autres outils sont disponibles : le Vidal Hoptimal, un livret de correspondance 2015 DCI > Princeps en format poche, largement diffusé, le Dorosz, le guide de prescription chez la personne âgée OMEDIT CENTRE, un tableau des médicaments à ne pas écraser, un autre sur les modalités de préparation des injectables. Le système documentaire interne est accessible à tous les prescripteurs. Il intègre d'une part les notes de service rédigées par la pharmacie et d'autre part les procédures "Maîtrise du circuit du médicament" et "Règles de prescription". Cependant, la spécificité des prescriptions des médicaments à risque n'y est pas abordée. Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est en place. Elle a fait l'objet d'une formation aux médecins et référents infirmiers pharmacie.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des formations sur la prévention des erreurs médicamenteuses et les risques iatrogéniques ont été effectuées par le service qualité - gestion des risques auprès des médecins, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants fin 2014 et début 2015. Les thèmes en ont été : la sécurisation du circuit des médicaments, informatisation comprise, la typologie des erreurs médicamenteuses, en particulier sur les "never events" et le circuit de signalement. Ces formations sont intégrées au plan de formation.</p>

	Oui	<p>Les infirmiers référents pharmacie sont identifiés dans tous les services, leur rôle est formalisé dans une fiche de poste. Ils ont assuré la diffusion de la formation sur la prévention des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les cadres de santé ont, aux aussi, relayé les informations en réunions d'équipes.</p> <p>Une plaquette "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses" est largement diffusée dans tous les services.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le module sur le circuit du médicament du logiciel ORBIS est déployé dans les 2 structures de SSR depuis plusieurs années.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	<p>Les indicateurs suivis sont issus des campagnes nationales bisannuelles IQSS et du CBUMPP. Le suivi de la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24 et la 72ème heure est effectif.</p> <p>Il n'existe pas encore de dispositif d'évaluation structuré. Des évaluations comme le niveau de connaissance sur des médicaments à risque et la tenue des armoires dans les services, ont été menées récemment mais n'ont pas fait l'objet d'analyse. Aucun indicateur n'est identifié, ni suivi.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	<p>La déclaration des événements indésirables liées aux médicaments est organisée au sein du circuit informatisé de déclaration institutionnelle, connu des professionnels. Les modalités d'analyse en sont définies selon la méthode ALARM. Cependant, la sous-déclaration des erreurs médicamenteuses (10 en 2014) ne permet pas d'assurer un recueil exploitable des erreurs médicamenteuses. De plus, l'analyse en est réalisée par le service qualité - gestion des risques mais sans association systématique des professionnels concernés. Des erreurs médicamenteuses passées ou observées en cours de visite ne font pas l'objet</p>

	Partiellement	d'une déclaration auprès du service qualité - gestion des risques. Les actions correctives sont parfois décidées au sein des services par quelques professionnels sans analyse systémique, mesure d'impact et partage d'expérience.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont en place, suite au rapport de certification 2014 et aux divers plan d'actions du COMEDIMS, des axes du PAQSS : Actualisation de la politique, formations, mise en place de référents infirmiers pharmacie, procédure "Maîtrise du médicament". Quant aux actions issues des déclarations internes, leur nombre restreint (10 en 2014), la gestion de leur analyse sans association des déclarants ou sans association du service qualité - gestion des risques n'a pas permis de conduire un plan structuré d'actions correctives. Les professionnels déclarants ne bénéficient pas toujours d'une rétro-information.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de longue durée
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2015 - 2017, validée par la COMEDIMS et la CME a pris effet en mars 2015. Elle a été rédigée par la Responsable du Système Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, en concertation avec des médecins de la CME, le pharmacien Responsable de la PUI, la Directrice des soins, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la technicienne Qualité et Gestion des Risques. Elle prend en compte les résultats des différentes certifications, la réglementation, les plans et programmes nationaux, les comptes rendus d'inspection, les actions du CBUMPP 2014 - 2018, du programme Hôpital Numérique, les événements indésirables, les RMM et les plaintes et réclamations. De plus, les objectifs d'amélioration évoquent les populations à risque (personnes âgées). Le schéma du processus "Prise en charge médicamenteuse en établissement disposant d'une PUI" inclut la gestion du traitement personnel. Les mesures de traitement des axes de cette politique sont annoncées par la mise en place de plan d'actions (responsable, date cible, de report, effective,

<p>En grande partie</p>	<p>indicateurs et suivi des action).</p> <p>Il existe de nombreux plans d'actions : CBUMPP, plans COMEDIMS : population à risques, médicaments à risque, fiches de suivi du rapport initial de la certification V2010,etc. Les actions sont en partie reprise dans le PAQSS et certaines planifiées dans le CBUMPP. Cependant, la multiplicité et la dispersion des plans d'actions ne répondent pas entièrement aux modalités décrites dans la politique. De plus, il n'est pas toujours retrouvé un pilote, des modalités de suivi, d'indicateurs et de périodicité de recueil pour chaque action.</p> <p>Le pilotage stratégique de la politique est conduit par la Direction et le Président de la CME, le pilotage opérationnel par la COMEDIMS, sous-commission de la CME. Celle-ci s'appuie sur les instances existantes, telles que la CAI, le CLIN, le groupe "Cardabelle" etc.</p> <p>Les ressources documentaires, matériels, équipements, interfaces y sont définies.</p> <p>Le nouvel organigramme de la pharmacie présente les professionnels et les liens fonctionnels et hiérarchiques les rattachant.</p> <p>La fiche de poste de la Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse est rédigée. Sa nomination a été validée en CME.</p> <p>Le CBUMPP 2014-2018 est en place.</p> <p>Les interfaces nécessaires entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour leur analyse pharmaceutique sont formalisées dans le document "Maîtrise du circuit du médicament".</p> <p>La dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé fait l'objet d'un protocole d'avril 2015.</p> <p>Une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes est rédigée.</p>
-------------------------	---

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le déploiement de l'informatisation est intégré au schéma directeur du système d'information. Il a fait l'objet d'un suivi calendaire dont les échéances prévisionnelles ont été tenues. L'informatisation du circuit du médicamenteux est déployée dans l'ensemble des structures de l'établissement. Le taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est de 80%, supérieur au seuil d'éligibilité attendu à 50%, dans le tableau des indicateurs du programme Hôpital Numérique d'avril 2015.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels disposent du livret thérapeutique, de 1ère intention dans le logiciel ORBIS, qui propose des équivalences par classe thérapeutique. D'autres outils sont disponibles : le Vidal Hoptimal, un livret de correspondance 2015 DCI > Princeps en format poche, largement diffusé, le Dorosz, le guide de prescription chez la personne âgée OMEDIT CENTRE, un tableau des médicaments à ne pas écraser et un autre sur les modalités de préparation des injectables. Le système documentaire interne est accessible à tous les prescripteurs. Il intègre d'une part les notes de service rédigées par la pharmacie et d'autre part les procédures "Maîtrise du circuit du médicament" et "Règles de prescription". Cependant, la spécificité des prescriptions des médicaments à risque n'y est pas abordée. Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est en place.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des formations sur la prévention des erreurs médicamenteuses et les risques iatrogéniques ont été effectuées par le service qualité - gestion des risques auprès des médecins, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants fin 2014 et début 2015. Les thèmes en ont été : la sécurisation du circuit des médicaments, informatisation comprise, la typologie des erreurs médicamenteuses, en particulier sur les "never events" et le circuit de signalement. Ces formations sont intégrées au plan de formation. Les infirmiers référents pharmacie sont identifiés dans tous</p>

	Oui	les services, leur rôle est formalisé dans une fiche de poste. Ils ont assuré la diffusion de la formation sur la prévention des erreurs médicamenteuses. Les cadres de santé ont, aux aussi, relayé les informations en réunions d'équipes. Une plaquette "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses" est largement diffusée dans tous les services.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le module sur le circuit du médicament du logiciel ORBIS est déployé dans les 2 structures de long séjour depuis plusieurs années.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	Il n'existe pas encore de dispositif d'évaluation structuré. Les indicateurs suivis sont issus du CBUMPP. Des évaluations comme le niveau de connaissance sur des médicaments à risque et la tenue des armoires dans les services, ont été menées récemment mais n'ont pas fait l'objet d'analyse. Aucun indicateur n'est identifié, ni suivi. Le suivi de la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24 et la 72ème heure est effectif. Dans le cadre d'EPP sur le médicament, les états d'avancement ne permettent pas d'identifier des indicateurs et de les suivre. L'établissement n'a pas identifié d'indicateurs qui feraient l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif en lien avec les récentes actions menées depuis le rapport initial de la certification de 2014, intégré au PAQSS.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	La déclaration des événements indésirables liées aux médicaments est organisée au sein du circuit informatisé de déclaration institutionnelle, connu des professionnels. Les modalités d'analyse en sont définies selon la méthode ALARM. Cependant, la sous-déclaration des erreurs médicamenteuse (10 en 2014) ne permet pas d'assurer un recueil exploitable des erreurs médicamenteuses. De plus, l'analyse en est

	Partiellement	réalisée par le service qualité - gestion des risques sans association systématique des professionnels concernés. Des erreurs médicamenteuses passées ou observées en cours de visite ne font pas l'objet d'une déclaration auprès du service qualité - gestion des risques. Les actions correctives sont parfois décidées au sein des services par quelques professionnels sans analyse systémique, mesure d'impact et partage d'expérience.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont en place, suite au rapport de certification 2014 et aux divers plan d'actions du COMEDIMS, des axes du PAQSS : Actualisation de la politique, formations, mise en place de référents infirmiers pharmacie, procédure "Maîtrise du médicament". Quant aux actions issues des déclarations internes, leur nombre restreint (10 en 2014), la gestion de leur analyse sans association des déclarants ou sans association du service qualité - gestion des risques n'a pas permis de conduire un plan structuré d'actions correctives. Les professionnels déclarants ne bénéficient pas toujours d'une rétro-information.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" réactualisée en février 2015 décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse, comprenant les règles générales de prescription de l'admission à la sortie, y compris, lors d'un transfert.

Les règles de prescription sont définies dans le protocole "Règles de prescription" de février 2015. Elle précise les catégories de professionnels habilités à prescrire, intégrant les internes et les remplaçants, les supports de prescription sur le logiciel ORBIS et ASCLEPIOS pour les chimiothérapies, les règles particulières de certains médicaments comme les stupéfiants et les antibiotiques.

En revanche, elle ne décrit pas l'utilisation des documents papier "Consultation pré anesthésique" remplis par le médecin anesthésiste pour la prémédication et "Prescriptions médicales thérapeutiques" pour les prémédications de chimiothérapie (supports unique prescription - administration). De plus, les règles de prescription des médicaments à risque, en dehors des chimiothérapies, ne sont pas définies.

La liste des prescripteurs habilités est établie et le recueil

	Partiellement	<p>des signatures est exhaustif dans un registre à la PUI.</p> <p>Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgé est rédigée.</p> <p>La prescription des médicaments apportés par le patient est décrite dans un protocole spécifique.</p> <p>Des fiches réflexes à destination des prescripteurs indiquent les modalités de saisie dans le logiciel ORBIS, déployée dans toutes les structures. Il existe une procédure "Récupération des prescriptions en cas d'indisponibilité d'ORBIS".</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	Oui	<p>Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux infirmiers son traitement personnel. L'information lui est délivrée, dès son admission, par l'affiche "Médicaments à l'hôpital", le feuillet inséré dans le livret d'accueil distribué systématiquement et lors du 1er entretien infirmier.</p> <p>La recherche de l'ordonnance antérieure à l'hospitalisation est organisée et tracée dans le dossier patient.</p> <p>Un protocole sur la gestion du traitement personnel du patient est en place.</p> <p>Le protocole "Règles de prescription" décrit la prise en compte du traitement avant l'hospitalisation et à la sortie.</p> <p>Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés dans un casier individuel dans une armoire du service, de manière distincte des traitements délivrés par la PUI. Lors de transfert ou à la sortie du patient, les infirmiers vérifient si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés</p>

	Oui	pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie, accompagnés d'une liste, selon une procédure et un circuit définis.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS en décembre 2014. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. Les étapes d'analyse et de validation pharmaceutiques sont décrites dans une procédure et dans des fiches techniques.</p> <p>La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" aborde les modalités d'approvisionnement, de transport interne et à l'extérieur du site principal du Puits de Calès, de détention et de stockage dans les services, ainsi que les cas de rétrocession.</p> <p>La sécurité en matière d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de traçabilité, des responsabilités identifiées, de conformité de la livraison à la commande, d'organisation et de réception dans les services est assurée.</p> <p>Des procédures de gestion des périmés, d'entretien des réfrigérateurs sont appliquées.</p> <p>La délivrance globale pour renouvellement d'une dotation qualitative et quantitative est en place. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang, les anticancéreux. Le cas échéant, des délivrances hors dotation sont effectives.</p> <p>La permanence pharmaceutique est organisée pour assurer une continuité de l'approvisionnement des médicaments. En dehors des heures de présence des pharmaciens, il existe un système d'astreinte décrit dans une note de service.</p> <p>Les conditionnements unitaires sont privilégiés lors du</p>

	En grande partie	<p>référencement des médicaments. Cependant, des médicaments, dont le blister est découpé lors de la préparation effectuée préalablement à l'administration par un infirmier du service, ne sont plus identifiables. Un logiciel de sur-étiquetage est en place en pharmacie. Les règles d'utilisation en sont formalisées dans un protocole "Sur-étiquetage et traçabilité des spécialités pharmaceutiques" de mars 2015, mais à ce jour seuls 2 médicaments "look alike" sont ré-étiquetés. La liste des médicaments concernés est rédigée.</p> <p>Les professionnels disposent d'informations et de conseils d'utilisation des médicaments par le pharmacien via des notes de services diffusées sur la messagerie interne.</p> <p>Les modalités de conservation des traitements personnels sont formalisées dans le protocole "Gestion des des traitements apportés par le patient".</p> <p>Un tableau sur les modalités de dilution des injectables est disponible dans les services.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont rédigées dans la procédure "Maîtrise des médicaments" réactualisée en février 2015.</p> <p>Un protocole "Administration d'un traitement" décrit les règles de bonnes pratiques de préparation des piluliers journaliers.</p> <p>Une procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins est établie.</p> <p>Cependant, l'administration des médicaments à risque incluant la double vérification n'est pas formalisée. A ce jour, le travail engagé n'a permis que de diffuser une procédure "Gestion des médicaments à risque" du 4 mai 2015 indiquant la liste des médicaments et des populations à risque, ainsi que la liste des "nevers events". Les médicaments à risque sont effectivement identifiés dans les armoires des services par une pastille rouge.</p> <p>Le service d'hospitalisation de jour a organisé la présence concomitante de 2 infirmiers afin de réaliser une double vérification des chimiothérapies, tracée dans le dossier.</p>

	En grande partie	<p>Les infirmiers référents pharmacie sont formés à la gestion et au rangement des médicaments à risque. Leurs missions sont formalisées dans une fiche de poste.</p> <p>Le matériel administration des médicaments est standardisé dans tous les secteurs.</p> <p>Les médicaments sont rangés de manière standardisée dans les armoires des services.</p> <p>Des fiches de retour à la PUI des traitements non administrés sont en place.</p> <p>Une liste de médicaments à broyer est diffusée.</p> <p>Les contrôles des péremptions sont organisés et effectifs pour les armoires, ainsi que pour les chariots ou sacs d'urgence.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 98% pour la campagne de recueil 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS.</p> <p>La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang, les anticancéreux pour tous les services.</p>
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	<p>La préparation des chimiothérapies, sous responsabilité du pharmacien, respecte les bonnes pratiques.</p> <p>L'unité de reconstitution des cytotoxiques (URC) a été entièrement renouvelée pour répondre à la réglementation.</p> <p>Un protocole "Préparation des anticancéreux" auquel est annexé un tableau des stabilités des anticancéreux reconstitués ou dilués est diffusé.</p>

	Oui	Des fiches techniques complètent ce protocole : description des locaux de l'URC, commande - réception - stockage des anticancéreux, validation des ordonnances - édition des plans de travail, préparation des bacs, ouverture et fermeture de la salle de préparation des chimiothérapies, habillage du manipulateur - aide, allumage de la hotte à flux laminaire (HFL), préparation des cytotoxiques sous HFL, gestion des dossiers patients, gestion des chimiothérapies non administrées, fonctionnement de l'URC en mode dégradé, liste de matériel utilisé en URC, liste du personnel habilité à manipuler les anticancéreux sous HFL. Des prélèvements d'air sont réalisés, le résultat est conforme.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Bien qu'ayant défini les modalités liées à l'information du patient et les rôles de chacun dans la procédure "Maîtrise du circuit du médicament", l'information n'est pas structurée en fonction du type de patients, du médicament (bénéfice - risque). L'information est réalisée au fil de l'eau par les différents acteurs du soin sans traçabilité retrouvée fréquemment dans les dossiers. Cette réflexion n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les infirmiers valident l'administration en temps réel de chaque médicament, en précisant, le cas échéant le motif de non administration dans le logiciel ORBIS. Deux supports papier sont en place : le document de consultation pré - anesthésique et de prescriptions médicales thérapeutiques pour les prémédications liées aux chimiothérapies. La validation de l'administration est effectuée sur ces mêmes supports.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	L'établissement réalise le recueil des IQSS à périodicité bi-annuelle. Dans le cadre du CBUMPP, l'établissement suit d'autres indicateurs, notamment de consommation. Le déploiement de l'EPP sur l'antibiothérapie permet le suivi de la réévaluation de la prescription entre la 24 et la 72ème heure.

	Partiellement	Des évaluations ponctuelles sur la connaissance des médicaments à risque auprès des infirmiers référents pharmacie et sur la tenue des armoires ont été réalisées récemment. Elle sont en cours d'exploitation mais sans identification préalable de suivi d'indicateurs à périodicité définie. L'établissement n'a pas prévu d'autres évaluations portant sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	Des EPP sur la pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires, sur le paracétamol IV ont débuté en 2009, les plans d'actions sont en cours en déploiement. Dans le cadre du suivi de la démarche de certification, des actions sont mises en œuvre sans toutefois intégrer totalement le PAQSS.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Santé mentale
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" réactualisée en février 2015 décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse, comprenant les règles générales de prescription de l'admission à la sortie, y compris, lors d'un transfert.

Les règles de prescription sont définies dans le protocole "Règles de prescription" de février 2015. Elle précise les catégories de professionnels habilités à prescrire, intégrant les internes et les remplaçants, les supports de prescription sur le logiciel ORBIS, les règles particulières de certains médicaments comme les stupéfiants et les antibiotiques. La liste des prescripteurs habilités est établie et le recueil des signatures est exhaustif dans un registre à la PUI.

Cependant, les règles de prescription des médicaments à risque ne sont pas toutes définies.

Des procédures précisent les règles de prescription pour les médicaments à risque chez les adultes du secteur santé mentale et en pédopsychiatrie. Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est rédigée.

	En grande partie	<p>La prescription des médicaments apportés par le patient est décrite dans un protocole spécifique.</p> <p>Des fiches réflexes à destination des prescripteurs indiquent les modalités de saisie dans le logiciel ORBIS, déployée dans toutes les structures. Il existe une procédure "Récupération des prescriptions en cas d'indisponibilité d'ORBIS".</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	Oui	<p>Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux infirmiers son traitement personnel. L'information lui est délivrée, dès son admission, par l'affiche "Médicaments à l'hôpital", le feuillet inséré dans le livret d'accueil distribué systématiquement et lors du 1er entretien infirmier.</p> <p>La recherche de l'ordonnance antérieure à l'hospitalisation est organisée et tracée dans le dossier patient.</p> <p>Un protocole sur la gestion du traitement personnel du patient est en place.</p> <p>Le protocole "Règles de prescription" décrit la prise en compte du traitement avant l'hospitalisation et à la sortie.</p> <p>Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés dans un casier individuel dans une armoire du service, de manière distincte des traitements délivrés par la PUI. Lors de transfert ou à la sortie du patient, les infirmiers vérifient si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie, accompagnés d'une liste, selon une procédure et un circuit définis.</p>

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS en décembre 2014. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. Les étapes d'analyse et de validation pharmaceutiques sont décrites dans une procédure et dans des fiches techniques.

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" aborde les modalités d'approvisionnement, de transport interne et à l'extérieur du site principal du Puits de Calès, de détention et de stockage dans les services, ainsi que les cas de rétrocession.

La sécurité en matière d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de traçabilité, des responsabilités identifiées, de conformité de la livraison à la commande, d'organisation et de réception dans les services est assurée.

Des procédures de gestion des périmés et d'entretien des réfrigérateurs sont appliquées.

La délivrance globale pour renouvellement d'une dotation qualitative et quantitative est en place. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang, les anticancéreux exceptionnellement utilisés en psychiatrie.

Le cas échéant, des délivrances hors dotation sont effectives.

La permanence pharmaceutique est organisée pour assurer une continuité de l'approvisionnement des médicaments. En dehors des heures de présence des pharmaciens, il existe un système d'astreinte décrit dans une note de service.

Les conditionnements unitaires sont privilégiés lors du référencement des médicaments. Cependant, des médicaments, dont le blister est découpé lors de la préparation effectuée préalablement à l'administration par un infirmier du service, ne sont plus identifiables. Un logiciel

<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>de sur-étiquetage est en place en pharmacie. Les règles d'utilisation en sont formalisées dans un protocole "Sur-étiquetage et traçabilité des spécialités pharmaceutiques" de mars 2015, mais à ce jour seuls 2 médicaments "look alike" sont ré-étiquetés. La liste des médicaments concernés est rédigée.</p> <p>Les professionnels disposent d'informations et de conseils d'utilisation des médicaments par le pharmacien via des notes de services diffusées sur la messagerie interne.</p> <p>Les modalités de conservation des traitements personnels sont formalisées dans le protocole "Gestion des des traitements apportés par le patient".</p> <p>Un tableau sur les modalités de dilution des injectables est disponible dans les services.</p>
	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont rédigées dans la procédure "Maîtrise des médicaments" réactualisée en février 2015. Un protocole "Administration d'un traitement" décrit les règles de bonnes pratiques de préparation des piluliers journaliers. Une procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins est établie.</p> <p>Cependant, l'administration des médicaments à risque incluant la double vérification n'est pas formalisée. A ce jour, le travail engagé n'a permis que de diffuser une procédure "Gestion des médicaments à risque" du 4 mai 2015 indiquant la liste des médicaments et des populations à risque, ainsi que la liste des "nevers events". Les médicaments à risque sont effectivement identifiés dans les armoires des services par une pastille rouge.</p> <p>Les infirmiers référents pharmacie sont formés à la gestion et au rangement des médicaments à risque. Leurs missions sont formalisées dans une fiche de poste.</p> <p>Le matériel administration des médicaments est standardisé dans tous les secteurs.</p> <p>Les médicaments sont rangés de manière standardisée dans les armoires des services.</p> <p>Des fiches de retour à la PUI des traitements non</p>

	En grande partie	administrés sont en place. Une liste de médicaments à broyer est diffusée. Les contrôles des péremptions sont organisés et effectifs pour les armoires, ainsi que pour les chariots ou sacs d'urgence.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 80% pour la campagne de recueil 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS en décembre 2014. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang, les anticancéreux exceptionnellement utilisés en psychiatrie.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	//
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Bien qu'ayant défini les modalités liées à l'information du patient et les rôles de chacun dans la procédure "Maîtrise du circuit du médicament", l'information n'est pas structurée en fonction du type de patients, du médicament (bénéfice - risque). L'information est réalisée au fil de l'eau par les différents acteurs du soin sans traçabilité retrouvée fréquemment dans les dossiers. Dans le service de psychiatrie complète adulte dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, des

	En grande partie	<p>fiches d'information sont remises au patient et la traçabilité en est assurée sur des documents spécifiques. Une évaluation sur le niveau de remplissage a été réalisée. Les résultats retrouvés sont satisfaisants et ils ont été communiqués récemment en CME.</p> <p>L'information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale.</p> <p>En psychiatrie, via le réseau Psychiatrie - Information - Communication, les professionnels disposent de support à destination des patients. Une fiche d'information sur le traitement psychotrope est utilisable selon un protocole.</p> <p>En service d'hospitalisation de jour de pédopsychiatrie, une plaquette pour l'instauration d'un traitement médicamenteux particulier est disponible.</p> <p>La traçabilité des informations n'est pas totalement évaluée.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	<p>Les infirmiers valident l'administration en temps réel de chaque médicament, en précisant, le cas échéant le motif de non administration dans le logiciel ORBIS.</p> <p>En pédopsychiatrie, les modalités d'administration par un personnel habilité sont définies dans une procédure : en l'absence de l'infirmière de jour, il est prévu de recourir à l'infirmière de l'équipe mobile de psychiatrie puis au cadre de santé de formation initiale infirmier.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	<p>L'établissement réalise le recueil des IPAQSS à périodicité bisannuelle. Dans le cadre du CBUMPP, l'établissement suit d'autres indicateurs, notamment de consommation. Le déploiement de l'EPP sur l'antibiothérapie permet le suivi de la réévaluation de la prescription entre la 24ème et la 72ème heure.</p> <p>Des évaluations ponctuelles sur la connaissance des médicaments à risque auprès des infirmiers référents pharmacie et la tenue des armoires ont été réalisées récemment. Elle sont en cours d'exploitation mais sans identification préalable de suivi d'indicateurs à périodicité</p>

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	définie. L'établissement n'a pas prévu d'autres évaluations portant sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration.
	Partiellement	<p>Dans le secteur de psychiatrie complète adulte, le travail mené sur la juste prescription des neuroleptiques, des psychotropes et du sujet âgé a été évalué récemment à travers un audit de tous les dossier sur un mois. Les professionnels ont programmé de le renouveler tous les 3 mois.</p> <p>Une EPP sur la pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires a débuté en 2009, le plan d'actions est en cours en déploiement.</p> <p>Dans le cadre du suivi de la démarche de certification, des actions sont mises en œuvre sans toutefois intégrer totalement le PAQSS.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" réactualisée en février 2015 décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse, comprenant les règles générales de prescription de l'admission à la sortie, y compris, lors d'un transfert.

Les règles de prescription sont définies dans le protocole "Règles de prescription" de février 2015. Elle précise les catégories de professionnels habilités à prescrire, intégrant les internes et les remplaçants, les supports de prescription sur le logiciel ORBIS, les règles particulières de certains médicaments comme les stupéfiants et les antibiotiques. En revanche, les règles de prescription des médicaments à risque ne sont pas définies.

La liste des prescripteurs habilités est établie et le recueil des signatures est exhaustif dans un registre à la PUI.

Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgé est rédigée.

La prescription des médicaments apportés par le patient est décrite dans un protocole spécifique.

Des fiches réflexes à destination des prescripteurs indiquent

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>les modalités de saisie dans le logiciel ORBIS, déployée dans toutes les structures. Il existe une procédure "Récupération des prescriptions en cas d'indisponibilité d'ORBIS".</p> <p>Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux infirmiers son traitement personnel. L'information lui est délivrée, dès son admission, par l'affiche "Médicaments à l'hôpital", le feuillet inséré dans le livret d'accueil distribué systématiquement et lors du 1er entretien infirmier.</p> <p>La recherche de l'ordonnance antérieure à l'hospitalisation est organisée et tracée dans le dossier patient.</p> <p>Un protocole sur la gestion du traitement personnel du patient est en place.</p> <p>Le protocole "Règles de prescription" décrit la prise en compte du traitement avant l'hospitalisation et à la sortie.</p> <p>Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés dans un casier individuel dans une armoire du service, de manière distincte des traitements délivrés par la PUI. Lors de transfert ou à la sortie du patient, les infirmiers vérifient si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie, accompagnés d'une liste, selon une procédure et un circuit définis.</p>
	<p>En grande partie</p>	<p>les modalités de saisie dans le logiciel ORBIS, déployée dans toutes les structures. Il existe une procédure "Récupération des prescriptions en cas d'indisponibilité d'ORBIS".</p>

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS en décembre 2014. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. Les étapes d'analyse et de validation pharmaceutiques sont décrites dans une procédure et dans des fiches techniques.

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" aborde les modalités d'approvisionnement, de transport interne et à l'extérieur du site principal du Puits de Calès, de détention et de stockage dans les services, ainsi que les cas de rétrocession.

La sécurité en matière de respect de la chaîne du froid, de traçabilité, des responsabilités identifiées, de conformité de la livraison à la commande, d'organisation et de réception dans les services est assurée.

Cependant, la sécurité en matière d'hygiène n'est pas totalement respectée : Les stylos à insuline en cours d'utilisation sont stockés dans le réfrigérateur réservé au stockage des médicaments thermosensibles. En visite, l'établissement a pris la décision, au regard des recommandations des conditions de conservation, de mettre une valise isotherme à disposition des services, comme le stipule la note de service co-signée par le pharmacien PH et le coordonnateur des la gestion des risques liés aux soins.

Des procédures de gestion des périmés, d'entretien des réfrigérateurs sont appliquées.

La délivrance globale pour renouvellement d'une dotation qualitative et quantitative est en place. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang.

Le cas échéant, des délivrances hors dotation sont effectives.

La permanence pharmaceutique est organisée pour assurer

	En grande partie	<p>une continuité de l'approvisionnement des médicaments. En dehors des heures de présence des pharmaciens, il existe un système d'astreinte décrit dans une note de service.</p> <p>Les conditionnements unitaires sont privilégiés lors du référencement des médicaments mais des médicaments, dont le blister est découpé lors de la préparation effectuée préalablement à l'administration par un infirmier du service, ne sont plus identifiables. Un logiciel de sur-étiquetage est en place en pharmacie. Les règles d'utilisation en sont formalisées dans un protocole "Sur-étiquetage et traçabilité des spécialités pharmaceutiques" de mars 2015, mais à ce jour seuls 2 médicaments "look alike" sont ré-étiquetés. La liste des médicaments concernés est rédigée.</p> <p>Les professionnels disposent d'informations et de conseils d'utilisation des médicaments par le pharmacien via des notes de services diffusées sur la messagerie interne.</p> <p>Les modalités de conservation des traitements personnels sont formalisées dans le protocole "Gestion des des traitements apportés par le patient".</p> <p>Un tableau sur les modalités de dilution des injectables est disponible dans les services.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont rédigées dans la procédure "Maîtrise des médicaments" réactualisée en février 2015.</p> <p>Un protocole "Administration d'un traitement" décrit les règles de bonnes pratiques de préparation des piluliers journaliers.</p> <p>Une procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins est établie.</p> <p>Cependant, l'administration des médicaments à risque incluant la double vérification n'est pas formalisée. A ce jour, le travail engagé n'a permis que de diffuser une procédure "Gestion des médicaments à risque" du 4 mai 2015 indiquant la liste des médicaments et des populations à risque, ainsi que la liste des "nevers events". Les médicaments à risque sont effectivement identifiés dans les armoires des services par une pastille rouge.</p>

	En grande partie	<p>Les infirmiers référents pharmacie sont formés à la gestion et au rangement des médicaments à risque. Leurs missions sont formalisées dans une fiche de poste.</p> <p>Le matériel administration des médicaments est standardisé dans tous les secteurs.</p> <p>Les médicaments sont rangés de manière standardisée dans les armoires des services.</p> <p>Des fiches de retour à la PUI des traitements non administrés sont en place.</p> <p>Une liste de médicaments à broyer est diffusée.</p> <p>Les contrôles des péremptions sont organisés et effectifs pour les armoires, ainsi que pour les chariots ou sacs d'urgence.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 100% pour la campagne de recueil 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS.</p> <p>La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés du sang.</p>
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Bien qu'ayant défini les modalités liées à l'information du patient et les rôles de chacun dans la procédure "Maîtrise du circuit du médicament", l'information n'est pas structurée en fonction du type de patients, du médicament (bénéfice - risque). L'information est réalisée au fil de l'eau par les différents acteurs du soin sans traçabilité retrouvée fréquemment dans les dossiers. La traçabilité des informations n'est pas totalement évaluée. Cette réflexion n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Les infirmiers valident l'administration en temps réel de chaque médicament, en précisant, le cas échéant le motif de non administration dans le logiciel ORBIS. Cependant, les infirmières administrent parfois des médicaments qui ne sont pas conformes à la prescription : Efferalgan effervescent à la place de Dafalgan gélules à la demande du patient sans tenir compte de la réflexion bénéfice-risque d'un risque de surcharge hydrique du patient. Tamoxifène 2cps de 10 mg à la place d'1 cp de 20mg, ce qui a engendré une erreur lors de la préparation : 1cp de 10mg a été mis dans le pilulier. Lors de la visite, le médecin a procédé le jour même à un contrôle de conformité des prescriptions - administrations. Le coordonnateur des risques associés aux soins a diffusé une invitation aux professionnels concernés pour la tenue d'une RMM dans la semaine.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	L'établissement réalise le recueil des IQSS à périodicité bisannuelle. Dans le cadre du CBUMPP, l'établissement suit d'autres indicateurs, notamment de consommation. Le déploiement de l'EPP sur l'antibiothérapie permet le suivi de la réévaluation de la prescription entre la 24ème et la 72ème heure. Des évaluations ponctuelles sur la connaissance des médicaments à risque auprès des infirmiers référents pharmacie et la tenue des armoires ont été réalisées récemment. Elle sont en cours d'exploitation mais sans

	Partiellement	identification préalable de suivi d'indicateurs à périodicité définie. L'établissement n'a pas prévu d'autres évaluations portant sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	Une EPP sur la pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires a débuté en 2009, le plan d'actions est en cours en déploiement. Dans le cadre du suivi de la démarche de certification, des actions sont mises en œuvre sans toutefois intégrer totalement le PAQSS.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" réactualisée en février 2015 décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse, comprenant les règles générales de prescription de l'admission à la sortie, y compris, lors d'un transfert.

Les règles de prescription sont définies dans le protocole "Règles de prescription" de février 2015. Elle précise les catégories de professionnels habilités à prescrire, intégrant les internes et les remplaçants, les supports de prescription sur le logiciel ORBIS, les règles particulières de certains médicaments comme les stupéfiants et les antibiotiques.

En revanche, les règles de prescription des médicaments à risque ne sont pas définies.

La liste des prescripteurs habilités est établie et le recueil des signatures est exhaustif dans un registre à la PUI.

Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est rédigée.

La prescription des médicaments apportés par le patient est décrite dans un protocole spécifique.

Des fiches réflexes à destination des prescripteurs indiquent

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>les modalités de saisie dans le logiciel ORBIS, déployée dans toutes les structures. Il existe une procédure "Récupération des prescriptions en cas d'indisponibilité d'ORBIS".</p>
	<p>Oui</p>	<p>Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux infirmiers son traitement personnel. L'information lui est délivrée, dès son admission, par l'affiche "Médicaments à l'hôpital", le feuillet inséré dans le livret d'accueil distribué systématiquement et lors du 1er entretien infirmier.</p> <p>La recherche de l'ordonnance antérieure à l'hospitalisation est organisée et tracée dans le dossier patient.</p> <p>Un protocole sur la gestion du traitement personnel du patient est en place.</p> <p>Le protocole "Règles de prescription" décrit la prise en compte du traitement avant l'hospitalisation et à la sortie.</p> <p>Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés dans un casier individuel dans une armoire du service, de manière distincte des traitements délivrés par la PUI. Lors de transfert ou à la sortie du patient, les infirmiers vérifient si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie, accompagnés d'une liste, selon une procédure et un circuit définis.</p>

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS en décembre 2014. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. Les étapes d'analyse et de validation pharmaceutiques sont décrites dans une procédure et dans des fiches techniques.

La procédure "Maîtrise du circuit du médicament" aborde les modalités d'approvisionnement, de transport interne et à l'extérieur du site principal du Puits de Calès, de détention et de stockage dans les services, ainsi que les cas de rétrocession.

La sécurité en matière d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de traçabilité, des responsabilités identifiées, de conformité de la livraison à la commande, d'organisation et de réception dans les services est assurée.

Des procédures de gestion des périmés, d'entretien des réfrigérateurs sont appliquées.

La délivrance globale pour renouvellement d'une dotation qualitative et quantitative est en place. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments dérivés du sang.

Le cas échéant, des délivrances hors dotation sont effectives.

La permanence pharmaceutique est organisée pour assurer une continuité de l'approvisionnement des médicaments. En dehors des heures de présence des pharmaciens, il existe un système d'astreinte décrit dans une note de service.

Les conditionnements unitaires sont privilégiés lors du référencement des médicaments mais des médicaments, dont le blister est découpé lors de la préparation effectuée préalablement à l'administration par un infirmier du service, ne sont plus identifiables. Un logiciel de sur-étiquetage est en place en pharmacie. Les règles d'utilisation en sont

<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>formalisées dans un protocole "Sur-étiquetage et traçabilité des spécialités pharmaceutiques" de mars 2015, mais à ce jour seuls 2 médicaments "look alike" sont ré-étiquetés. La liste des médicaments concernés est rédigée.</p> <p>Les professionnels disposent d'information et de conseils d'utilisation des médicaments par le pharmacien via des notes de services diffusées sur la messagerie interne.</p> <p>Les modalités de conservation des traitements personnels sont formalisées dans le protocole "Gestion des des traitements apportés par le patient".</p> <p>Un tableau sur les modalités de dilution des injectables est disponible dans les services.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont rédigées dans la procédure "Maîtrise des médicaments" réactualisée en février 2015. Un protocole "Administration d'un traitement" décrit les règles de bonnes pratiques de préparation des piluliers journaliers. Une procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins est établie.</p> <p>Cependant, l'administration des médicaments à risque incluant la double vérification n'est pas formalisée. A ce jour, le travail engagé n'a permis que de diffuser une procédure "Gestion des médicaments à risque" du 4 mai 2015 indiquant la liste des médicaments et des populations à risque, ainsi que la liste des "nevers events". Les médicaments à risque sont effectivement identifiés dans les armoires des services par une pastille rouge. Les infirmiers référents pharmacie sont formés à la gestion et au rangement des médicaments à risque. Leurs missions sont formalisées dans une fiche de poste.</p> <p>Le matériel administration des médicaments est standardisé dans tous les secteurs.</p> <p>Les médicaments sont rangés de manière standardisée dans les armoires des services.</p> <p>Des fiches de retour à la PUI des traitements non administrés sont en place.</p> <p>Une liste de médicaments à broyer est diffusée.</p>

	En grande partie	Les contrôles des péremptions sont organisés et effectifs pour les armoires, ainsi que pour les chariots ou sacs d'urgence.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	L'établissement a réalisé une évaluation Qualhas hors protocole en 2014 sur 30 dossiers. La valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" est de 100%
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans toutes les structures depuis la mise en place du logiciel ORBIS. Elle concerne le traitement complet du patient, y compris le traitement personnel. Les pharmaciens disposent des données biologiques et cliniques du patient, via la consultation des informations médicales stockées dans ORBIS. La délivrance nominative ne concerne que les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés du sang.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	//
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Bien qu'ayant défini les modalités liées à l'information du patient et les rôles de chacun dans la procédure "Maîtrise du circuit du médicament", l'information n'est pas structurée en fonction du type de patients, du médicament (bénéfice - risque). L'information est réalisée au fil de l'eau par les différents acteurs du soin sans traçabilité retrouvée fréquemment dans les dossiers. Cette réflexion n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les infirmiers valident l'administration en temps réel de chaque médicament, en précisant, le cas échéant le motif de non administration dans le logiciel ORBIS.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	<p>Dans le cadre du CBUMPP, l'établissement suit des indicateurs, notamment de consommation. Le déploiement de l'EPP sur l'antibiothérapie permet le suivi de la réévaluation de la prescription entre la 24ème et la 72ème heure.</p> <p>L'établissement réalise un audit sur 30 dossiers sur la base des critères IQSS à périodicité biannuelle.</p> <p>Des évaluations ponctuelles sur la connaissance des médicaments à risque auprès des infirmiers référents pharmacie et la tenue des armoires ont été réalisées récemment. Elle sont en cours d'exploitation mais sans identification préalable de suivi d'indicateurs à périodicité définie.</p> <p>L'établissement n'a pas prévu d'autres évaluations portant sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration.</p>
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	Une EPP sur la pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires a débuté en 2009, le plan d'actions est en cours en déploiement. Dans le cadre du suivi de la démarche de certification, des actions sont mises en œuvre sans toutefois intégrer totalement le PAQSS.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Santé mentale

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

En grande partie

La politique du médicament chez la personne âgée a été rédigée par le coordonnateur de la Gestion des Risques liée aux soins et validée par le Président de CME en février 2015. Elle précise les enjeux et objectifs, les responsabilités et le pilotage par la CME associée à la Direction et par la COMEDIMS. Un plan d'actions élaboré par la COMEDIMS pour les populations à risque, dont les personnes âgées est en place. Pour chaque action identifiée, un pilote est nommé, une échéance est fixée mais les modalités d'évaluation et de suivis ne sont pas précisés.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

La prescription est réalisée dans le logiciel ORBIS, déployé dans l'ensemble des structures psychiatriques, intra et extra hospitalières. Les prescripteurs disposent de Vidal Hoptimal, du guide de prescription chez la personne âgée OMEDIT CENTRE et d'un tableau des médicaments à ne pas écraser. Le système documentaire interne est accessible à tous les prescripteurs, il intègre les notes de service rédigées par la pharmacie.

	Oui	<p>Une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée est en place : Trois fiches sont à intégrer dans le dossier patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation du traitement par psychotropes comprenant une liste à éviter, la notion de bénéfique/risque, l'information donnée au patient/aidant, la durée potentielle et la désescalade prévue, - Une évaluation de la fragilité iatrogénique, - Une évaluation des pathologies et des traitements.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	<p>Des formations ont été réalisées en février 2015 à destination des psychiatres, cadres de santé et infirmiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des professionnels sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé, - Utilisation des neuroleptiques chez la personne âgée démente par un pharmacien, - Formation des professionnels sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée démente par un psychiatre. <p>D'autres formations sont inscrites au programme 2015 : confusion mentale chez le sujet âgé et prévention des chutes liées à la prise des médicaments.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Partiellement	<p>Une évaluation a été réalisée sur la tenue des 3 fiches issues de la procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Elle a été conduite, du 1er au 30 avril, sur l'ensemble des dossiers concernés depuis l'application récente de la procédure. Durant la phase d'étude, le nombre de patients âgés de plus 65 ans n'a été que de 5. Les résultats ont fait l'objet d'une communication en CME le 4 mai 2015. A ce jour, L'établissement a prévu de renouveler les évaluations tous les 3 mois. Il n'existe pas d'autres évaluations sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé.</p>

<p>Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Suite au rapport initial de certification en 2014, des plans d'actions pilotés par la COMEDIMS, par la pharmacie et le service informatique, par les professionnels de santé mentale, par des groupes de travail ont été conduits. De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre : identification de 4 infirmières référentes médicament de jour et de nuit dont les missions sont définies dans une fiche de poste, mise en place d'armoires de médicaments : l'une pour les traitements délivrés par la PUI, identifiés en DCI et par leur dénomination commerciale, l'autre pour les traitements personnels des patients, formations, diffusion de la procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée, informatisation du circuit du médicament. Ces actions ont été mises en œuvre récemment ce qui n'a pas permis aux professionnels d'en mesurer l'impact.</p> <p>De plus, suite à l'analyse d'un surdosage médicamenteux d'un patient, des actions correctives ont été réalisées : rédaction des ordonnances de sortie à partir du logiciel ORBIS de prescription après formation des médecins et signature exclusive des ordonnances de sortie par un médecin senior.</p>
--	-------------------------	--

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a
Organisation du bloc opératoire



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

En grande partie

L'activité chirurgicale est réalisée au sein d'un bloc unique comprenant 6 salles d'intervention, 1 salle de traitement des endoscopes, 1 SSPI avec 11 postes, 1 pharmacie, 2 arsenaux de stockage des ancillaires stérile, 3 locaux de rangement de matériel stérile à usage unique, 2 locaux de rangement de matériel non stérile, 1 local de décartonnage, 1 local de stockage des déchets, des bureaux et une salle de détente.

Le bloc a entièrement été rénové (sur la période 2013-2014) et étendu de deux salles d'intervention neuves. Il dispose, aujourd'hui, de salles spacieuses équipées de matériels modernes et automatisés.

Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires ont été identifiés au moyen d'une cartographie des risques réalisée en 2013 et actualisée en 2015, déclinant l'activité conventionnelle, ambulatoire et endoscopique (les différentes étapes de prise en charge du patient ont fait l'objet d'une analyse avec une méthode APR, permettant de définir un niveau de criticité initial et résiduel prenant en compte les actions de maîtrise). Cette cartographie a été élaborée par une équipe

	En grande partie	<p>pluridisciplinaire, en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques. Elle prend en compte, aussi, l'ensemble des composantes : ressources humaines et matérielles (disponibilité de l'ancillaire unique, par exemple), processus supports et logistiques (matériel, linge, déchets, activités de bionettoyage, etc.).</p> <p>Toutefois, la cartographie ne reflète pas l'ensemble des risques pris en compte par ce secteur d'activité et les actions mises en œuvre.</p> <p>Deux circuits patients sont en place, pour la chirurgie ambulatoire et pour la chirurgie conventionnelle. Les urgences sont prises en compte sur des plages spécifiques journalières avec une équipe identifiée. Les patients reçus aux urgences et qui doivent bénéficier d'interventions qui peuvent être différées sont intégrés dans le programme opératoire.</p> <p>Les possibilités de césariennes en urgence (notamment les codes rouges) sont intégrées et les salles de naissance sont à proximité du bloc sur le même étage.</p> <p>Le bloc dispose des ressources médicales et paramédicales nécessaires à son fonctionnement ainsi qu'à celui de la SSPI. Les processus de gestion des médicaments, des DMI et de la stérilisation sont définis.</p> <p>Les modalités de brancardage des patients entre les unités d'hospitalisation et le bloc sont établies.</p> <p>Les risques liés aux circuits d'approvisionnement en matériel, du linge, des déchets et les activités de bionettoyage sont identifiés.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).</p>	Oui	<p>L'établissement dispose d'un manuel d'assurance qualité qui comprend l'engagement de la Direction, la Charte de fonctionnement du bloc opératoire, le système documentaire, les modalités de management (responsabilités, organisation du travail, communication interne), les modalités de planification et de régulation de l'activité, la formation des professionnels, l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, la place des professionnels dans le signalement et la gestion des</p>

	Oui	<p>événements indésirables, les indicateurs de suivi, la périodicité du suivi et les outils d'évaluation pour la définition d'un plan d'actions d'amélioration.</p> <p>Les professionnels du bloc opératoire disposent d'une documentation sur un format papier (classieurs) et plus récemment d'un intranet. Ils ont été informés des méthodes de consultation de ce nouvel outil afin de trouver les procédures recherchées (formations, assistance du cadre de bloc).</p> <p>Les maintenances préventives sont planifiées notamment pour les qualifications des différents niveaux de traitements d'air (salles en ISO5 et ISO7).</p>
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	Oui	Le Manuel d'assurance qualité inclut la charte de fonctionnement du bloc validée par le conseil de bloc. La charte précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires. Les programmes opératoires sont préparés chaque jeudi en concertation avec les unités d'hospitalisation, revus et validés le vendredi pour la semaine suivante et celle d'après.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	<p>Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri opératoire en secteur d'hospitalisation complète et ambulatoire. Pour l'activité ambulatoire, le médecin anesthésiste procède à un score d'aptitude à la sortie et le chirurgien signe le document de sortie après avoir examiné son patient. Avec le rapatriement de l'ambulatoire sur le bloc opératoire unique et la volonté de développer cette activité, des liens supplémentaires ont été mis en place entre les cadres de l'UCA et du bloc opératoire. Chaque semaine le remplissage de l'ambulatoire est vérifié pour la semaine N+2 et N+1, afin d'éviter un "sur remplissage ou un "sous remplissage". En fonction du remplissage du bloc et de l'UCA, des interventions supplémentaires peuvent être intégrées ou déplacées.</p> <p>Ceci donne lieu à des indicateurs de suivi journaliers, du nombre et pourcentage d'ambulatoire, mais aussi du taux d'</p>

<p>Oui</p>	<p>occupation du bloc.</p> <p>Concernant la chirurgie conventionnelle, une concertation encore plus étroite a été mise en place entre les cadres du bloc et de chirurgie, afin que chaque patient puisse être appelé avant son intervention, sur le modèle de l'appel de la veille pour l'ambulatoire. Cet appel lui précise l'heure à laquelle il devra entrer, en fonction de son ordre de passage au bloc et il lui sera rappelé toutes les recommandations d'usages.</p> <p>L'organisation des anesthésistes a été modifiée de façon à créer les conditions pour que la VPA soit réalisée et signée.</p> <p>L'anesthésiste de garde la réalise pour tous les patients entrant la veille. Chaque jour, 1 anesthésiste identifié sur le planning arrive à 7h30 et se rend en UCA pour voir les 1ers patients. Ensuite, tous les autres patients seront vus au cours de leur arrivée par un MAR, qui réalisera et signera la VPA. Le responsable de l'anesthésie a également rappelé à tous ses collègues leur obligation de réaliser et signer la VPA avant l'intervention. Le cadre du bloc informe chaque anesthésiste remplaçant de l'organisation en place sur le bloc, en leur remettant le planning hebdomadaire dès leur arrivée. Il leur rappelle également l'organisation mise en place pour réaliser les VPA, chaque MAR étant responsable du programme réalisé dans 2 salles d'intervention, en collaboration avec un IADE par salle. Le personnel IADE a également été sensibilisé en staff et en conseil de bloc sur l'obligation de l'anesthésiste de signer la VPA. Il a été décidé au conseil de bloc du mois de février 2015 de ne plus faire entrer les patients en salle si la VPA n'est pas signée.</p> <p>Plusieurs réunions, puis la validation de la charte de l'ambulatoire et 1 RMM ont permis de rappeler que l'aptitude à la rue devait être signée par le praticien ayant réalisé l'intervention et ceci juste avant la sortie du patient. Un affichage a été mis dans les vestiaires à l'attention des praticiens pour rappel. Une lettre du Directeur a été envoyée à un chirurgien sur cette règle de signature de l'aptitude à la rue.</p> <p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier</p>
------------	---

	Oui	d'anesthésie » avec une valeur de 83 % avec un intervalle de confiance de [80 % - 87 %] pour la campagne de recueil 2013.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du secteur est en place et permet la gestion des soins, notamment la planification des interventions. Un nouveau logiciel de gestion médicale est en cours d'installation au bloc opératoire avec une échéance en juin 2015. L'établissement recueille l'indicateur « Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation » dans le cadre des indicateurs « hôpital numérique » avec un résultat de 100%.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée par le cadre du bloc opératoire avec une programmation hebdomadaire (les programmes opératoires sont préparés chaque jeudi en concertation avec les unités d'hospitalisation, revus et validés le vendredi pour la semaine suivante et celle d'après). Le respect du programme fait l'objet d'un suivi avec des indicateurs journaliers et une analyse périodique. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités, soit lors de la réunion hebdomadaire soit par l'intermédiaire du dispositif du signalement après analyse de la cellule de gestion des risques et retour au cadre. Un programme de contrôles d'environnement est établi en lien avec la planification de l'activité. Les modalités d'arrêt d'activité sont définies en cas de résultats non conformes.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	Les modalités d'ouverture de salle sont respectées (anesthésie et chirurgie). La disponibilité du matériel est vérifiée la veille et le jour de l'intervention puis tracée dans la check-list. La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est

	Oui	mise en place et utilisée. Elle est insérée dans le dossier du patient. Une évaluation de son utilisation été réalisée en 2015 (100% des dossiers comportaient la check-list remplie). Des actions d'amélioration ont été définies par la CME pour la complétude des signatures.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La gestion des DMI est assurée par la pharmacie qui les livre elle-même au bloc opératoire. L'implantation des DMI est tracée dans le dossier du patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés, sous format papier et sous format numérisé au sein de l'intranet actuellement développé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	L'activité du bloc opératoire fait l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs journaliers et mensuels. Les indicateurs sont analysés de manière périodique et permettent des actions d'améliorations en termes d'ajustement de la planification par exemple. Des indicateurs qualitatifs sont également en place à travers l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients opérés, notamment en termes de délais d'attente en ambulatoire. Les résultats d'analyse des RMM pluriprofessionnelles, associant les médecins et les personnels paramédicaux font l'objet d'actions d'amélioration au sein d'un plan.

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Endoscopie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

En grande partie

L'activité d'endoscopie est réalisée en ambulatoire au sein du bloc opératoire. Elle concerne presque exclusivement la gastroentérologie (4 opérateurs), à l'exception de quelques rares examens d'urologie. Les urgences de gastroentérologie, en nombre très restreint sont assurées. Le projet de centralisation de l'activité d'endoscopie au sein du bloc opératoire entièrement rénové est abouti. Les points critiques des processus à risque de l'activité d'endoscopie ont été identifiés au moyen d'une cartographie des risques initiée en 2013 pour l'activité du bloc conventionnel et déclinée ensuite pour l'activité ambulatoire dont l'endoscopie.

Depuis la centralisation de l'ensemble des activités d'endoscopie, la cartographie des risques a été actualisée en 2015 par un groupe de professionnels du bloc opératoire réalisant les endoscopies avec l'aide de l'ingénieur qualité. Toutefois, elle ne reflète pas l'ensemble des risques pris en compte par ce secteur d'activité et les actions mises en œuvre.

Cette cartographie, basée sur une méthode APR a pris en

	En grande partie	<p>compte toutes les dimensions de la prise en charge, les ressources humaines et matériels, les processus supports et logistiques.</p> <p>L'établissement a choisi la check-list spécifique à l'endoscopie proposée par la SFED. La prise en charge de l'urgence vitale est définie, notamment la gestion du chariot d'urgence, vérifié quotidiennement.</p> <p>Les différentes phases de la prise en charge du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie sont déclinées, incluant le passage au bloc et en SSPI. Les gastroentérologues assurent l'ensemble de la prise en charge du patient, dans un premier temps, avec une identification des risques liés au patient (traitement en cours, antécédents, allergies, etc.), puis le suivi post endoscopie, notamment l'examen du patient jugeant de l'aptitude à la rue (avec signature du document), en lien avec le score de l'anesthésiste et la remise au patient du compte rendu de l'acte et d'autres éléments utiles à la poursuite des soins.</p> <p>Le processus de désinfection de l'ensemble des endoscopes est maîtrisé au sein d'une salle unique dans le bloc opératoire, la formation régulière du personnel est programmée.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.</p>	Oui	<p>Un manuel d'assurance qualité du secteur opératoire, dont l'activité d'endoscopie, a été élaboré. Il prend en compte les différents aspects nécessaires à la sécurisation de la prise en charge du patient. La charte de fonctionnement est définie dans ce manuel. L'organisation est déclinée ainsi que les ressources utiles en termes de personnels et de compétences. Un plan de formation est établi qui prend en charge les nouveaux arrivants. Les risques environnementaux sont pris en compte (eau, air, déchets) ainsi que les modalités de désinfection des endoscopes. Les locaux ont été rénovés pendant 18 mois permettant une remise à neuf du bloc opératoire avec une salle dédiée aux endoscopies dotée d'installations modernes, notamment une salle de désinfection des endoscopes qui permet le respect de la marche en avant et propose des conditions de</p>

	Oui	travail adaptées pour les professionnels (la totalité des endoscopes y est traitée y compris ceux utilisés pour l'urologie). Les indicateurs de suivi sont recueillis de façon journalière et analysés périodiquement. Les modalités d'information du patient en cas de dommage associé sont en place, même si le secteur d'endoscopie n'a pas eu à mettre en œuvre ces modalités.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Les modalités d'échanges sont établies pour les différents intervenants (gastroentérologues, anesthésistes, urgentistes, personnels paramédicaux, brancardiers, secrétaires) pour la prise en charge du patient.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du secteur est en place et permet la gestion des soins, notamment la planification des actes d'endoscopie. Un nouveau logiciel de gestion médicale est en cours d'installation au bloc opératoire avec une échéance en juin 2015.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le cadre du bloc assure la régulation de l'activité d'endoscopie pour les patients en ambulatoire, les patients en hospitalisation en nombre restreint et les rares urgences. Des indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs (notamment de la satisfaction du patients en terme de délai), sont suivis. Une réunion hebdomadaire est organisée en fin de semaine afin de procéder à l'analyse de l'activité passée et d'appréhender d'éventuels dysfonctionnements. La planification est établie, actualisée et validée en fin de réunion hebdomadaire par les professionnels désignés (médecins et cadres).
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels mettent en œuvre les procédures actualisées et validées. L'identification du patient est fiabilisée par le port d'un bracelet et l'usage de la check-list spécifique. Le patient est accompagné par son dossier dans lequel sont inscrits les éléments pré, per et post opératoires, y compris le ticket de désinfection de l'endoscope utilisé. La check-list spécifique

	Oui	à l'endoscope utilisé rejoint le dossier du patient. Les procédures de désinfection des endoscopes sont actualisées et validées, connues des professionnels qui bénéficient de formations régulières. Une nouvelle formation réalisée par un prestataire externe est programmée en 2015.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des actes et des vérifications est assurée, notamment pour la désinfection des endoscopes. Par ailleurs l'activité d'endoscopie réalisée n'utilise pas de dispositifs médicaux implantables. Les patients relevant de ce type d'activité sont adressés au CHU de Montpellier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Les professionnels signalent les événements indésirables par l'intermédiaire de l'outil de signalement. Le cadre du bloc et le biomédical sont informés des événements qui les concernent. Aucun opérateur d'endoscopie n'est engagé dans le dispositif d'accréditation. Une RMM est en place qui analyse les événements liés à l'endoscopie, des actions d'amélioration ont été définies et mises en œuvre.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	L'activité d'endoscopie fait l'objet d'indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs. Un plan d'actions d'amélioration en endoscopie est défini, le cadre du bloc opératoire présente un bilan annuel de sa mise en œuvre.

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

En grande partie

L'établissement dispose d'une commission des EPP qui a collecté auprès des professionnels des différents secteurs les propositions d'EPP sur la pertinence des soins, à poursuivre ou à mettre en œuvre. La commission a présenté son arbitrage qui a été validé par la CME en mai 2014.
Cependant, les différents secteurs assurant les 4 types de prises en charge ne sont pas associés à la mise en œuvre d'une analyse de la pertinence des soins en fonction de leurs enjeux spécifiques.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Partiellement

Plusieurs secteurs ont mis en œuvre des analyses de la pertinence de leurs pratiques. Entre septembre et décembre 2014, la commission EPP a revu l'ensemble des EPP inscrites au tableau de bord et identifié celles qui devaient se poursuivre, dont les analyses de pertinence. Le tableau de bord, actualisé en avril 2015, présente 4 analyses de pertinence de prescription médicamenteuse, 2 analyses de pertinence de prescription d'examen complémentaires et 3 analyses de pertinence de soins et de prise en charge.

	Partiellement	Par ailleurs, deux analyses de pertinence d'admission sont menées mais non reportées sur le tableau de bord (admission en HdJ pour transfusion et admission en USC.). Pour mener et suivre chaque EPP, un professionnel est identifié. Cependant, le niveau d'avancement de ces analyses de pertinence reste en étape 3 pour 2 d'entre-elles débutées en 2009 et une en 2014, en étape 2 pour 2 analyses débutées en 2014 et en étape 1 pour 4 analyses définies en 2014. Cet état d'avancement ne permet pas de dégager des actions d'amélioration si nécessaire, en dehors de l'analyse de la pertinence de l'admission en HdJ pour transfusion qui a fait l'objet d'une mise à disposition des professionnels d'une fiche d'admission.
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Partiellement	L'établissement a mis à disposition des professionnels des guides (bon usage des médicaments comme les antibiotiques en décembre 2014, médicament de la personne âgée, manuel de prélèvement, guide en radiologie). Cependant, les professionnels ne disposent pas de guides en lien avec les enjeux liés à la pertinence des soins spécifiques à leurs propres secteurs d'activité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Un professionnel référent est chargé du suivi de chaque analyse de pertinence, la commission EPP assurant le suivi de l'ensemble des démarches d'EPP. Les mesures d'impact des analyses de pertinence ne peuvent être suivies compte tenu de l'état d'avancement de ces évaluations.

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 24/03/2014 au 28/03/2014	Certification avec sursis	visite de suivi	6
Visite de suivi	du 11/05/2015 au 13/05/2015	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Visite de suivi
1.b (Engagement dans le développement durable)	Recommandation	Recommandation
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale	Réserve	Décision levée
13.a (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
13.a (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
13.a (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
18.a (Continuité et coordination de la prise en charge des patients) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale	Réserve	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation

	Visite initiale	Visite de suivi
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve Majeure	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale	Réserve Majeure	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Santé mentale	Réserve Majeure	Décision levée
26.a (Organisation du bloc opératoire)	Réserve	Décision levée
26.b (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) - Endoscopie	Réserve	Décision levée
28.b (Pertinence des soins)	Recommandation	Recommandation
3.a (Management des emplois et des compétences)	Recommandation	Décision levée
4.b (Amélioration de l'efficacité)	Recommandation	Recommandation
5.c (Gestion documentaire)	Recommandation	Recommandation
7.c (Gestion de l'énergie)	Recommandation	Recommandation
7.e (Gestion des déchets)	Réserve	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Réserve	Décision levée
8.d (Evaluations des risques à priori)	Recommandation	Décision levée
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Réserve	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

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

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

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la politique et l'organisation des EPP

Problématique:

E1-EA3 (Pt):

Le développement de l'EPP repose essentiellement sur les responsables de projets, répartis dans les différents pôles et services.

Cependant, l'établissement n'a pas encore formalisé les missions et responsabilités des personnes ressources médecins et paramédicaux chargés, de manière pérenne, du déploiement de la politique EPP dans chaque pôle ou service.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (EGP) :

L'établissement suit l'état d'avancement de ses démarches EPP de façon régulière en Commission EPP. La Cellule qualité est également un acteur opérationnel de la coordination du suivi des démarches.

Cependant, le suivi de l'impact n'est pas systématiquement réalisé, en particulier pour certaines EPP insuffisamment abouties pour le permettre.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (EGP) :

L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus (réunion CME, réunions de cadres, lettre qualité, etc.).

Cependant, le dispositif d'information n'est pas complètement structuré (objectifs fixés, cibles identifiées, moyens de communication adaptés, etc.).(Dysfonctionnement n°1)

Les professionnels concernés ne sont pas tous informés de la stratégie de l'EPP.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (Pt) :

La démarche est trop récente pour permettre la révision générale de la stratégie EPP à périodicité définie.(Dysfonctionnement n°1)

Les actions mises en oeuvre et les moyens utilisés font l'objet d'ajustements en Commission EPP en fonction des résultats obtenus.

Résultats obtenus:

E1-EA3 (Pt):

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant les missions et les responsabilités des personnes ressources médecins et paramédicaux chargés, de manière pérenne, du déploiement de la politique de chaque pôle

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Rencontrer les chef de projet EPP du pôle MCO

Commentaires : Rencontre de la majorité des médecins

Action n°1b : Rencontrer les chef de projet EPP du pôle Médico-technique

Action n°1c : Rencontrer les chef de projet EPP du pôle Personnes âgées et réadaptation

Action n°1d : Rencontrer les chef de projet EPP du pôle Santé mentale

E2-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 :Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant le dispositif d'information : cibles identifiés, communication adaptée, moyens de communication adaptés...

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Information des professionnels par le biais d'intranet suite à la mise en ligne du tableau de bord EPP

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant la révision de la stratégie EPP à périodicité définie

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Co-présidentes de la commission EPP	Commission EPP, Service Qualité-gestion des risques	Commission EPP, Service Qualité-gestion des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA3 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant les missions et les responsabilités des personnes ressources médecins et paramédicaux chargés, de manière pérenne, du déploiement de la politique de chaque pôle	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Rencontrer les chefs de projet EPP du pôle MCO	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Rencontrer les chefs de projet EPP du pôle Médico-technique	Prévue	30/06/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1c : Rencontrer les chefs de projet EPP du pôle Personnes âgées et réadaptation	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1d : Rencontrer les chefs de projet EPP du pôle Santé mentale	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 :Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant le dispositif d'information : cibles identifiés, communication adaptée...	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Information des professionnels par le biais d'intranet suite à la mise en ligne du tableau de bord EPP	Réalisée	10/03/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant la révision de la stratégie EPP à périodicité définie	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Suivi du tableau de bord	En cours	31/12/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du tableau de bord EPP, suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

Commission EPP, CME

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par la commission EPP qui se réunit 4 fois par an au minimum

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Management des emplois et des compétences

Problématique:

E1-EA2 (EGP) :
Pas de constat

E2-EA1 (Pt) :
Des dispositions sont mises en oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, notamment dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Cependant, à l'hôpital de jour de pédopsychiatrie, les traitements sont généralement administrés par un éducateur lors de l'absence de l'infirmière.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (EGP) :
pas de constat

E3-EA1 (non) :
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines ne fait pas l'objet d'évaluation régulière.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA2 (non) :
En l'absence d'évaluation, le dispositif de gestion des compétences ne fait pas l'objet de réajustement.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E2-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1a: Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale
Action n°1b: Réactualisation des fiches de poste des IDE de l'hôpital de jour

E3-EA1 (non) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1a : Actualisation des fiches de poste au regard des besoins qualitatif
Action n°1b : Publication des annonces sur les sites dédiés

E3-EA2 (non) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1a : Réflexion menée sur les profils de poste à pourvoir en matière de compétences. Prise en compte également dans le plan de formation.
Action n°1b : Mise à jour d'un tableau de suivi des effectifs en fonction des besoins de prise en charge du patient.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
DRH, Direction des soins	Cadre supérieure du pôle santé mentale, Direction des soins	Cadre supérieure du pôle santé mentale, Direction des soins

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale	En cours	20/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Réactualisation des fiches de poste des IDE de l'hôpital de jour	Réalisée	01/01/15 00:00
E3-EA1 (non) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Actualisation des fiches de poste au regard des besoins qualitatifs Action n°1b : Publication des annonces sur les sites dédiés	Réalisée	31/01/15 00:00
E3-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Réflexion menée sur les profils de poste à pourvoir en matière de compétences. Prise en compte également dans le plan de formation.	Réalisée	31/01/15 00:00
E3-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Mise à jour d'un tableau de suivi des effectifs en fonction des besoins de prise en charge du patient.	Réalisée	31/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Suivi qualitatifs et quantitatifs des effectifs par secteurs	Réalisée	28/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Evaluations annuelles, plan de formation
--

Validation institutionnelle:

DRH, Direction des soins et Directeur délégué

Planification des revues de projet:

Evaluations annuelles par l'encadrement du service
Plan de formation en Commission de formation et CTE

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion des déchets

Problematique:

E1-EA1 (EGP) :

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets mais pas de ses effluents.(Dysfonctionnement n°1). Il a engagé des actions ponctuelles pour réduire sa production, notamment pour ce qui concerne sa consommation de papier.

E1-EA2 (non) :

L'établissement n'a pas défini de politique en matière de gestion des déchets.(Dysfonctionnement n°1)

E1-EA3 (EGP) :

L'établissement a établi des procédures de gestion des déchets. Toutefois, pour certaines catégories de déchets (cytotoxiques, excréta), les procédures ne sont pas établies (Dysfonctionnement n°1)

Des réflexions sont en cours pour mettre en place des mesures d'élimination adaptées.

E2-EA1 (Pt) :

Le tri des déchets est réalisé dans les différents secteurs d'activité. Cependant, les locaux de stockage intermédiaires des unités de soins ne sont pas fermés et donc facilement accessibles. (Dysfonctionnement n°1). D'autre part, des transferts des déchets de certaines unités vers le local central d'entreposage final sont réalisés simultanément et avec les mêmes chariots que celui utilisé pour le linge sale. (Dysfonctionnement n°2)

E2-EA2 (EGP) :

Pas de constat (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (Pt) :

L'établissement recueille les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets. Cependant, l'analyse de ces derniers n'est pas organisée.(Dysfonctionnement n°1). Il n'y pas de groupe de travail constitué pour cela et pas de démarche d'analyse structurée en lien avec le CLIN. (Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (Pt) :

Pas de constat (Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Participation à la campagne de la pesée des déchets alimentaires organisée par l'ADEME

Action n°1b : Rédaction d'un protocole de gestion des effluents de laboratoire et quantification annuelle

E1-EA2 (non) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Rédaction d'une politique générale de la gestion des déchets

E1-EA3 (EGP) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1a : Rédaction d'une procédure de gestion des excréta
Action n°1b : Rédaction d'une procédure de gestion des cytotoxiques

E2-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Pose de serrures sur les portes des locaux déchets
Dysfonctionnement n°2 :
Action n°2 : Achat de chariots à fermeture étanche

E2-EA2 (EGP) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Réalisation de formations au tri sur l'hygiène et les déchets

E3-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Analyse des FEI par la cellule GdR
Dysfonctionnement n°2 :
Action n°1 : Etendre l'envoi des Fiches d'événements indésirables de l'item déchets à l'EOHH et Direction des soins conformément à la politiques des déchets

E3-EA2 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1a : Audit sur les DASRI
Action n° 1b : Participation à la campagne de la pesée des déchets alimentaires organisée par l'ADEME

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directrice de la Logistique et des investissements	Direction de la Logistique et des investissements, EOHH, Direction des soins	ADEME, EOHH

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Participation à la campagne de la pesée des déchets alimentaires organisée par l'ADEME	Prévue	30/06/15 00:00
E1-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Rédaction d'un protocole de gestion des effluents de laboratoire et quantification annuelle	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Rédaction d'une politique générale de la gestion des déchets	Réalisée	24/02/16 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Rédaction d'une procédure de gestion des excréta	Réalisée	10/02/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Rédaction d'une procédure de gestion des cytotoxiques	En cours	31/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Pose de serrures sur les portes des locaux déchets	En cours	30/06/15 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Achat de chariots à fermeture étanche	En cours	15/04/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Formation au tri sur l'hygiène et les déchets	En cours	07/12/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Analyse des FEI par la cellule GdR	Réalisée	13/03/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°1 : Etendre l'envoi des Fiches d'événements indésirables de l'item déchets à l'EOHH et Direction des soins conformément à la politiques des déchets	Réalisée	05/03/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Audit sur les DASRI	En cours	15/04/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n° 1b : Participation à la campagne de la pesée des déchets alimentaires organisée par	Prévue	30/06/15 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
l'ADEME		

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA2 (Pt) : Audit sur les DASRI	En cours	15/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

CLIN et instances

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par chaque responsable (Direction de la Logistique et des Investissement, EOHH et Direction des soins)

Titre du projet d'amélioration:

Reprendre le programme PAQSS

Problematique:

E1-EA2 (Pt) :
Le programme est unique pour l'établissement. Il prend en compte, l'analyse de la conformité à la réglementation, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les dispositifs de vigilance et les actions à mettre en place suite aux décisions de la certification. Cependant, le programme, structuré en référence au manuel de certification, vise seulement à permettre à l'établissement de répondre à ses obligations dans ce domaine. De fait, le programme n'intègre pas les actions relatives à certains domaines : dysfonctionnements et risques majeurs, plans d'actions issus des analyses des événements indésirables, des risques associés aux soins, des plaintes et réclamations. (Dysfonctionnement n°1)

E1-EA3 (non) :
L'établissement a été informé récemment de l'accréditation d'un de ses praticiens. Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ne sont pas intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA1 (EGP) :
Chaque secteur d'activité met en oeuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins le concernant. Des binômes sont désignés pour chaque action du plan d'action des secteurs d'activité. Pour la majeure partie des actions, un délai est généralement fixé. (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (EGP) :
Chaque secteur d'activité fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'action et a minima une fois par trimestre. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une révision du plan d'action est réalisée. Cependant, le suivi réalisé au niveau des secteurs d'activité ne fait généralement pas l'objet de réunion formelle. (Dysfonctionnement n°1)
Globalement, le programme qualité fait l'objet d'un suivi au niveau de la CME qui inscrit systématiquement un point « qualité » à son ordre du jour de ses réunions mensuelles, afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.

E3-EA2 (non) :
L'efficacité du programme d'amélioration qualité et de la sécurité des soins n'a pas fait l'objet d'une évaluation. (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA3 (Pt) :
L'établissement a assuré une mise à jour régulière de son programme en fonction de la mise en oeuvre de ses actions. Cependant, il n'a pas procédé à un réajustement. (Dysfonctionnement n°1)
Il a programmé cette révision au second semestre 2014.

Résultats obtenus:

<p>E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Reprise du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte de la réglementation, des analyses des risques a priori et a posteriori, des résultats des précédentes certifications, des attentes des patients issus des plaintes et réclamations et de la CRUQPC.</p> <p>E1-EA3 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Intégration d'un objectif sur la promotion de l'accréditation des médecins dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Commentaires: Dans l'axe 2 du PAQSS, un objectif a été prévu : "Faire de la sécurité des soins un thème prioritaire du développement personnel continu (DPC)". Action n°1b : Point à l'ordre du jour à la CME du 10/03/2015 sur la formation médicale</p> <p>E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Pour chaque action, nomination d'un responsable du pilotage avec une date de début et une date d'échéance</p> <p>E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Suivi du PAQSS tous les trimestres</p> <p>E3-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Evaluation de l'efficacité du programme d'amélioration qualité et de la sécurité des soins.</p> <p>E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réajustement du programme en tenant compte des constats des experts-visiteurs.</p>
--

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur délégué	Service qualité-gestion des risques, Président de la CME, Coordonnateur de la GdRAS	Directeurs adjoints

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Reprise du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte de la réglementation, des analyses des risques a priori et a posteriori, des résultats des précédentes certification, des attentes des patients issus des plaintes et réclamations et de la CRUQPC.	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Intégration d'un objectif sur la promotion de l'accréditation des médecins dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Réalisée	01/02/15 00:00
E1-EA3 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Point à l'ordre du jour à la CME du 10/03/2015 sur la formation médicale	Réalisée	10/03/15 00:00
E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Pour chaque action, nomination d'un responsable du pilotage avec une date de début et une date d'échéance	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Suivi du PAQSS tous les trimestres	En cours	12/03/15 00:00
E3-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Evaluation de l'efficacité du programme d'amélioration qualité et de la sécurité des soins.	Réalisée	28/03/14 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réajustement du programme en tenant compte des constats des experts-visiteurs.	Réalisée	12/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Révision pluriannuelle du PAQSS	En cours	12/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du taux d'avancement du PAQSS

Validation institutionnelle:

Directions, Président de CME

Planification des revues de projet:

Suivi du PAQSS par le COPIL Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge du patient via des évaluations des risques a priori

Problematique:

E1-EA1 (Pt) :
L'établissement a engagé une démarche d'évaluation des risques a priori qui a été relancée suite à l'embauche d'une ingénieure qualité après une vacance significative de l'emploi. Des cartographies ont été réalisées pour certaines thématiques ou domaines. Ainsi, le document unique d'évaluation des risques professionnels a été formalisé. Une évaluation des risques du bloc opératoire a été réalisée, mais sans distinction des différents sites opératoires et modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou ambulatoire).(Dysfonctionnement n°1)
Une démarche similaire est en cours pour l'imagerie.(Dysfonctionnement n°2)
Par ailleurs, une auto-évaluation a été réalisée pour ce qui concerne l'utilisation des dispositifs médicaux stériles au bloc opératoire sur la base de l'outil de diagnostic préconisé par l'ANAP. Pour ce qui concerne le circuit du médicament, une évaluation a été réalisée avec l'outil Archimed. En revanche, la démarche d'évaluation des risques n'a pas été réalisée dans le secteur des salles de naissances, ni pour ce qui concerne les prises en charges en santé mentale, soins de suite et de longue durée. De fait, l'établissement ne dispose pas encore d'une appréciation globale des risques sur l'ensemble de ses secteurs d'activité.(Dysfonctionnement n°3)

E2-EA1 (Pt) :
L'établissement est dans une phase d'évaluation des risques et de structuration de sa démarche institutionnelle. Suite à l'évaluation réalisée au bloc opératoire, un plan d'action a été formalisé. Pour les autres secteurs, la démarche est en cours.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (Pt) :
L'établissement n'a pas défini de périodicité particulière pour le suivi des plans d'actions relatifs à la gestion des risques.(Dysfonctionnement n°1)
Toutefois, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques comprend un chapitre relatif à la prévention des risques. C'est dans le cadre du suivi de ce programme qu'est assuré le suivi des actions afférentes à la gestion des risques.

E3-EA2 (non) :
Du fait du caractère récent des démarches engagées, l'analyse de l'efficacité des actions n'a pas été réalisée. (Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1a:Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calés, pour l'ambulatoire et l'endoscopie digestive en se servant de la cartographie validée en Midi Pyrénées.
Commentaires: Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles

pour l'ambulatoire et l'endoscopie.

Action n°1b: Réévaluation de la cartographie des risques du bloc conventionnel.

Commentaires: La révision de la cartographie des risques du bloc conventionnel a été faite en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Finalisation de la cartographie des risques en imagerie médicale.

Dysfonctionnement n°3 :

Action n°3a: Evaluation des risques a priori pour le secteur de naissances.

Commentaires: Deux cartographies des risques ont été réalisées pour ce secteur: une sur la prise en charge de la parturiente et une sur la prise en charge du nouveau-né.

Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en supervision avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles.

Action n°3b: Evaluation des risques a priori de maltraitance en Soins de Suite et Réadaptation(SSR).

Commentaires: Une cartographie des risques de maltraitance en SSR a été réalisée. Cette prise en charge est répartie sur deux sites. Donc nous avons réalisé une cartographie pour le site Saint-Côme et une pour le site Sainte-Anne. Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles.

Action n°3c: Evaluation des risques a priori de maltraitance en Soins de Longue Durée(SLD).

Commentaires: Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles.

Action n°3d : Evaluation des risques a priori en Santé Mentale

Commentaires : Recherche bibliographique, réalisation de la maquette vierge adaptée à la psychiatrie

Action n°3e : Evaluation des risques a priori aux urgences

Commentaires : Recherche bibliographique, réalisation de la maquette vierge adaptée au service des urgences

Action n°3f : Evaluation des risques a priori du Système d'Information

Commentaires : Recherche bibliographique, réalisation de la maquette vierge adaptée au service informatique

E2-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Formalisation d'un plan d'actions pour chaque cartographie des risques des secteurs concernés.

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction d'une procédure transversale sur la méthodologie d'analyse des risques a priori intégrant la périodicité du suivi du plan d'actions.

E3-EA2 (non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Analyse de l'efficacité des actions

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Service Qualité-Gestion des Risques	Blocs opératoires (conventionnel, ambulatoire, endoscopie), Urgences, Imagerie, Service de Gynéco-obstétrique, SSR, SLD, SM	Service Qualité-Gestion des Risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calés, pour l'ambulatoire et l'endoscopie digestive.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Réévaluation de la cartographie des risques du bloc conventionnel.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2:Finalisation de la cartographie des risques en imagerie médicale.	Réalisée	04/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3a: Evaluation des risques a priori pour le secteur de naissances : sur la prise en charge du nouveau-né	Réalisée	09/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3a: Evaluation des risques a priori pour le secteur de naissances : sur la prise en charge de la parturiente	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Evaluation des risques a priori de maltraitance en Soins de Suite et Réadaptation(SSR).	Réalisée	27/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3c: Evaluation des risques a priori de maltraitance en Soins de Longue Durée(SLD).	Réalisée	27/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3d : Evaluation des risques a priori en Santé Mentale	En cours	01/09/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3e : Evaluation des risques a priori aux urgences	En cours	01/09/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3f : Evaluation des risques a priori du Système d'Information	En cours	30/06/15 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Formalisation d'un plan d'actions pour chaque cartographie des risques réalisée	Réalisée	11/03/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1:	En cours	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1: Rédaction d'une procédure transversale sur la méthodologie d'analyse des risques a priori intégrant la périodicité du suivi du plan d'actions.		
E3-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Analyse de l'efficacité des actions	En cours	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Suivi du plan d'actions	En cours	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des plans d'actions issus des évaluations de risques a priori

Validation institutionnelle:

Chef de service, cadre de service, cadre supérieur de santé du pôle, Directeur délégué

Planification des revues de projet:

Plans d'actions suivi par l'encadrement de chaque service

Titre du projet d'amélioration:

Mettre en place la réévaluation systématique des toutes antibiothérapies entre 24 et 72h

Problematique:

E2-EA1 (Pt):
 La réévaluation de l'antibiothérapie est organisée pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, mais pas pour les autres antibiotiques (Dysfonctionnement n°1). Une fiche de « Prescription nominative d'antibiotiques à dispensation contrôlée », comportant un champ de recueil de la réévaluation de la prescription, est en place depuis janvier 2014. La majorité des antibiotiques prescrits étant hors dispensation nominative, la traçabilité de réévaluation entre la 24e et la 72e heure pour ces antibiotiques n'est pas intégrée au dossier patient.(Dysfonctionnement n°2). Des prescripteurs rencontrés ont confirmé ce constat, et précisé que la prescription pouvait parfois durer au-delà de la durée souhaitée, car le logiciel ne la limite pas dans le temps par défaut.

Résultats obtenus:

E2-EA1 (Pt):
 Dysfonctionnement n°1 :
 Action n°1a : Rédaction d'une procédure "réévaluation des traitements antibiotiques"
 Action n°1b : Mise en place d'une fiche d'évaluation de l'antibiothérapie à remplir entre la 24 et 72ème heure, intégrée en annexe de la procédure.
 Commentaires : Fiche qui sera remplie les lundis, mercredis et vendredis.
 Présentation en CME le 10 mars 2015. Mise en route le 15 mars 2015
 Action n°1c : Re-sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation lors de CME
 Action n° 1d : Réalisation d'une formation des médecins par un infectiologue de Montpellier sur les règles de bonnes usage des ATB dans les pathologies infectieuses courantes
 Action n° 1e : Reprise de la politique des ATB et y intégrer la réévaluation systématique de toute ATB entre 24 et 72h

Dysfonctionnement n°2 :
 Action n°2a : Réalisation d'un audit sur l'état des lieux de la traçabilité dans le dossier patient
 Action n°2b : Rédaction d'une procédure "réévaluation des traitements antibiotiques" (cf Action 1a)
 Action n°2c : Mise en place d'une fiche d'évaluation de l'antibiothérapie à remplir entre la 24 et 72ème heure, intégrée en annexe de la procédure. (Cf Action 1b)
 Action n°2d : Réalisation d'audits trimestriels avec mise en place d'un indicateur interne à l'ES : Evaluation du nombre de fiches remplies et retrouvées dans le dossier patient et par service

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacien-Membre de la CAI	Commission des Anti Infectieux	Pharmacienne, Biologiste, Médecin de l'EOHH, Médecin clinicien

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Rédaction d'une procédure "réévaluation des traitements antibiotiques"	Réalisée	03/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Mise en place d'une fiche d'évaluation de l'antibiothérapie à remplir entre la 24 et 72ème heure, intégrée en annexe de la procédure.	Réalisée	16/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n°1c : Re-sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation lors de CME	Réalisée	10/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n° 1d : Réalisation d'une formation des médecins par un infectiologue de Montpellier sur les règles de bonnes usage des ATB dans les pathologies infectieuses courantes	Prévue	09/09/15 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n° 1e : Reprise de la politique des ATB et y intégrer la réévaluation systématique de toute ATB entre 24 et 72h	Réalisée	10/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°2 : Action n°2a : Réalisation d'un audit sur l'état des lieux de la traçabilité dans le dossier patient	Réalisée	16/12/14 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°2 : Action n°2d : Réalisation d'audits trimestriels avec mise en place d'un indicateur interne à l'ES : Evaluation du nombre de fiches remplies et retrouvées dans le dossier patient et par service	Prévue	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un audit sur l'état des lieux de la traçabilité dans le dossier patient	Réalisée	16/12/14 00:00
E2-EA1 (Pt): Dysfonctionnement n°1 : Action n° 3 : Réalisation d'audits trimestriels avec mise en place d'un indicateur interne à l'ES : Evaluation du nombre de fiches remplies et retrouvées dans le dossier patient et par service	Prévue	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audits tous les trimestres par service jusqu'à obtention du seuil de 80%. Une fois, ce seuil atteint, audits tous les ans

Validation institutionnelle:

Validation par CAI et CME

Planification des revues de projet:

Plan d'actions suivi par la CAI, qui se réunit au moins trois fois par an

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la Prise en Charge de la douleur en Santé Mentale

Problematique:

E1-EA1 (Pt) :

La thématique de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans différents documents : volet projet de soins du projet d'établissement 2013-2017, comptes-rendus des réunions du CLUD.

La stratégie de la prise en charge de la douleur dans les services de santé mentale en fonction des populations accueillies et de la typologie de la douleur n'est pas définie.

La thématique de la douleur est abordée, mais les objectifs, les actions qui en découlent, les moyens et les modalités de suivi ne sont pas définis. (Dysfonctionnement n°1)

Les actions intégrées au plan d'actions global sont générales, et ne permettent pas d'identifier les modalités de prise en charge spécifiques à la santé mentale.

Des axes de réflexion et des actions à mettre en oeuvre sont identifiés, mais ne sont pas intégrés au plan d'actions global. (Dysfonctionnement n°2)

Les moyens alloués à la mise en oeuvre de la prise en charge de la douleur sont définis. Un infirmier référent douleur, rattaché à la consultation douleur labellisée de l'établissement, est détaché 20% de son temps pour mener des actions sur la douleur.

Un CLUD pluriprofessionnel composé de médecins, dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle et d'aides-soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en oeuvre dans le cadre de la lutte contre la douleur.

Son règlement intérieur n'est pas formalisé. (Dysfonctionnement n°3)

Des correspondants douleur ont été récemment identifiés dans les services, leur fiche de poste est diffusée.

Le CLUD établit un programme d'activité et réalise un bilan annuel.

E1-EA2 (Pt) :

Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés sur l'établissement, mais ne sont pas mis en oeuvre sur les services de santé mentale car non adaptés aux prises en charge des patients.

L'utilisation des antalgiques avec les risques liés aux traitements associés en santé mentale ne sont pas définis. (Dysfonctionnement n°1)

Les protocoles analgésiques, précisant les indications des antalgiques des différents paliers en

fonction du type de douleur et de son intensité selon les recommandations de bonnes pratiques, ne sont pas définis.

Le recours possible à des analgésiques adaptés aux populations particulières n'est pas formalisé. (Dysfonctionnement n°2)

Les psychiatres assurent les prescriptions au cas par cas. Un protocole d'administration de paracétamol est en cours de rédaction. (Dysfonctionnement n°3)

E2-EA2 (EGP) :

Dans les services de santé mentale, l'implication des psychologues dans la prise en charge des patients contribue à repérer la douleur le plus souvent psychique et plus rarement physique.

Sa prise en charge est articulée entre les psychiatres, le personnel infirmier et les psychologues. L'équipe pluridisciplinaire est particulièrement centrée sur la douleur psychique et met en

oeuvre des moyens non médicamenteux pour la traiter, comme les groupes de parole, les entretiens individuels s'appuyant sur diverses pratiques de psychanalyse et/ou de psychothérapie. Le profil des patients pris en charge rend difficile l'éducation à la prise en charge de la douleur, mais cette dernière s'inscrit dans un

travail pluridisciplinaire à l'appui d'outils comme les ateliers thérapeutiques autour de l'écriture, le dessin, la couture, ou les contes en pédopsychiatrie. C'est au travers de la participation du patient et d'un recentrage sur lui-même que son implication dans son « traitement » est recherchée. Pour certains patients, quand cela est possible, l'information sur la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil comportant un « contrat d'engagement » douleur.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (non) :

En santé mentale, le dossier patient n'est pas informatisé,(Dysfonctionnement n°1) et la rencontre avec les professionnels en visite a confirmé que la traçabilité des évaluations de la douleur n'est pas assurée.(Dysfonctionnement n°2)

L'enquête de prévalence de 2012 et 2013 sur l'évaluation de la douleur et sa traçabilité n'a pas été étendue aux secteurs de santé mentale.(Dysfonctionnement n°3)

E2-EA4 (Pt) :

La douleur est une préoccupation dans la prise en charge globale des patients, mais elle n'est pas tracée.(Dysfonctionnement n°1 = E2-EA3 Dysfonctionnement n°2)

Une enquête de prévalence sur la traçabilité de la douleur réalisée en 2012 et renouvelée 2013 a été menée au niveau institutionnel mais pas dans les secteurs de santé mentale, ce qui ne permet pas de disposer de données quantitatives sur la prise en compte du soulagement de la douleur.(Dysfonctionnement n°2 = E2-EA3-Dysfonctionnement n°3)

E2-EA5 (Pt) :

Différents moyens d'évaluation de la douleur ont été identifiés sur l'établissement dans le cadre du CLUD, et mis à disposition des professionnels. Seules deux échelles d'hétéro-évaluation ont été

retenues : une pour les adultes et EVENDOL pour les enfants.(Dysfonctionnement n°1)

La formation des professionnels en santé mentale à l'utilisation de ces outils a débuté en 2014, un protocole d'organisation de l'évaluation la mentionnant a été diffusé en décembre 2013. Leur utilisation est en cours d'appropriation.

E3-EA1 (EGP) :

Les responsables des services ont été associés à l'élaboration des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur » dans leurs services. L'application de ces protocoles, dont la validation date de décembre 2013 et la diffusion du début d'année 2014,n'est pas évaluée.(Dysfonctionnement n°1)

Cependant, les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers et des réunions d'équipes.

Les échanges avec les professionnels ont permis de constater que l'appropriation des outils d'évaluation n'est pas généralisée.(Dysfonctionnement n°2)

Par ailleurs, la présence de plusieurs échelles numériques (EVA,EN,EVS) dans le dossier patient peut conduire à tracer une évaluation établie à partir d'une échelle, sans pouvoir garantir le

lien avec les évaluations antérieures.(Dysfonctionnement n°3)

E3-EA2 (Pt) :

Une évaluation des pratiques professionnelles sur « l'évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée » a été conduite en 2011 par un médecin et l'infirmier référent douleur.

L'enquête de prévalence annuelle sur l'évaluation de la douleur en 2012 et 2013 ne concerne pas le secteur de la santé mentale.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA3 (EGP) :

Les résultats des IPAQSS douleur ainsi que les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur sont discutés au cours des réunions du CLUD, et ont donné lieu à des

actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD.

Pour les secteurs de santé mentale, l'auto-évaluation conduite dans le cadre de la démarche de certification a permis d'identifier des actions d'amélioration, dont la définition de l'organisation de l'évaluation de la douleur, qui a abouti à l'élaboration d'un protocole.

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction de la politique de la douleur intégrant la stétégie, les objectifs, les moyens, les modalités de suivi.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Centralisation des actions dans le plan d'actions du CLUD

Action n°2b : Actualisation du protocole EMLA

Action n°2c : Actualisation du protocole MEOPA

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Revoir le règlement intérieur du CLUD

E1-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction d'un protocole "Traitement de la douleur aigue par 1g de paracétamol par voie orale dans le service de psychiatrie adulte"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Rédaction d'un protocole "Traitement de la douleur aigue par 1g de paracétamol par voie orale dans le service de psychiatrie adulte" (cf E1-EA2-Dysfonctionnement n°1)

Action 2b : Formalisation des protocoles analgésiques Palier 1-2-3

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Rédaction d'un protocole "Traitement de la douleur aigue par 1g de paracétamol par voie orale dans le service de psychiatrie adulte"

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur pour le service de psychiatrie adulte" en tenant compte de l'informatisation

Action n°1b : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur en pédopsychiatrie"

E2-EA3 (non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Informatisation ORBIS Prescription et administration et dossier patient en Psychiatrie adulte/Hospitalisation complète

Action 1b : Informatisation ORBIS Prescription et administration et dossier patient en Pédopsychiatrie

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur pour le service de psychiatrie adulte" en tenant compte de l'informatisation (cf E2-EA2-Dysfonctionnement n°1)

Action n°2b : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur en pédopsychiatrie" (cf E2-EA2-Dysfonctionnement n°1)

Dysfonctionnement n°3 :

Action n°3 : Réalisation d'une enquête de prévalence sur 15 dossiers un jour donné en prenant la grille institutionnelle

E2-EA5 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Mise en place d'une échelle DESS SAN SALVADOR pour les enfants

Action n° 1b : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur en pédopsychiatrie" (cf E2-EA2-Dysfonctionnement 1)

Action n°1c : Formation des professionnels en interne sur l'utilisation des échelles d'évaluation

E3-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'une enquête de prévalence sur 15 dossiers un jour donné en prenant la grille institutionnelle (cf E2-EA3-Dysfonctionnement n°3)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Formation des professionnels en interne sur l'utilisation des échelles d'évaluation (cf E2-EA5-Dysfonctionnement 1)

Action n° 2b : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur pour le service de psychiatrie adulte" en tenant compte de l'informatisation (cf E2-EA2-Dysfonctionnement n°1)

Action n°2c : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur en pédopsychiatrie" (cf E2-EA2-Dysfonctionnement n°1)

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Choix de l'échelle sur l'outil informatique défini à l'entrée du patient et tout au long de son hospitalisation

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'une enquête de prévalence sur 15 dossiers un jour donné en prenant la grille institutionnelle (cf E2-EA3-Dysfonctionnement n°3)

E3-EA3 (EGP) :

Pas de dysfonctionnement noté par les EV

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Président du CLUD	CLUD, Pôle SM	Cadres de santé mentale, cadre des consultations externe- Membre du CLUD, Cadre USLD-Membre du CLUD

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction de la politique de la douleur intégrant la stétégie, les objectifs, les moyens, les modalités de suivi.	Réalisée	02/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Centralisation des actions dans le plan d'actions du CLUD	Réalisée	03/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Action n°2b : Actualisation du protocole EMLA Action n°2c : Actualisation du protocole MEOPA	Réalisée	02/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Revoir le règlement intérieur du CLUD	Réalisée	02/03/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction d'un protocole "Traitement de la douleur aigue par 1g de paracétamol par voie orale dans le service de psychiatrie adulte"	En cours	01/04/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Rédaction d'un protocole "Traitement de la douleur aigue par 1g de paracétamol par voie orale dans le service de psychiatrie adulte"	En cours	01/04/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action 2b : Formalisation des protocoles analgésiques Palier 1-2-3	Prévue	31/12/16 00:00
E2-EA2 : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur pour le service de psychiatrie adulte" en tenant compte de l'informatisation	En cours	18/03/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Rédaction du protocole "organisation de la prise en charge de la douleur en pédopsychiatrie"	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA3 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Informatisation ORBIS Prescription et administration et dossier patient en Psychiatrie adulte/Hospitalisation complète	Réalisée	31/12/14 00:00
E2-EA3 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action 1b : Informatisation ORBIS Prescription et administration et dossier patient en	En cours	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Pédopsychiatrie		
E2-EA3 : Dysfonctionnement n°3 : Action n°3 : Réalisation d'une enquête de prévalence sur 15 dossiers un jour donné en prenant la grille institutionnelle	Prévue	01/04/15 00:00
E2-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Mise en place d'une échelle DESS SAN SALVADOR pour les enfants	En cours	01/04/15 00:00
E2-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c : Formation des professionnels en interne sur l'utilisation des échelles d'évaluation	En cours	18/03/15 00:00
E3-EA1 : Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Choix de l'échelle sur l'outil informatique défini à l'entrée du patient et tout au long de son hospitalisation	En cours	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réévaluation de la politique tous les 4 ans	Prévue	01/01/18 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Suivi du plan d'action à chaque réunion du CLUD	En cours	02/03/15 00:00
E2-EA3 : Dysfonctionnement n°3 : Action n°3 : Reconduite de l'enquête de prévalence tous les ans	Réalisée	01/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des résultats de l'enquête de prévalence et suivi des actions du plan d'actions CLUD
--

Validation institutionnelle:

CLUD et CME

Planification des revues de projet:

Suivi du projet par le CLUD en partenariat avec l'InterCLUD Santé Mentale Languedoc Roussillon

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la prise en charge des patients en soins palliatifs

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée. Les moyens et ressources ne sont pas identifiés. Les objectifs en matière de prise en charge des patients, atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis.(Dysfonctionnement n°1)
Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place. Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies (Dysfonctionnement n°2) : l'un des médecins gériatres du service est le médecin référent titulaire d'un DIU de soins palliatifs. Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs. En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention.
Un groupe de travail «Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en oeuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaire de psycho-oncologie du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions.
Un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces concertations pluriprofessionnelles associant les médecins référents des patients, l'équipe soignante et la cadre du service.

E1-EA2 (EGP) :
Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, la conservation mais pas les modalités de recueil.(Dysfonctionnement n°1)
Un support de recueil format papier est disponible dans les services de soins.

E2-EA3 (EGP) :
Un staff pluriprofessionnel se réunit régulièrement, et permet notamment d'actualiser les projets de soins palliatifs des patients concernés. La traçabilité de ces réunions est assurée.
Cette organisation n'est pas formalisée dans le cadre du projet de service.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA4 (EGP) :
Les actions mises en oeuvre pour le soutien des soignants sont globalisées au sein de l'établissement, et sont déclinées de la même manière pour le MCO, SSR et USLD. Ponctuellement, à l'initiative de la cadre, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante.
Une infirmière psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole. Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées.(Dysfonctionnement n°1)
En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisé, avec l'objectif de permettre aux soignants d'exprimer les composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles.
Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA6 (EGP) :

Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°1)
La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans son dossier.(Dysfonctionnement n°2)
Certaines de ces formations sont assurées par le médecin gériatre référent en soins palliatifs.

E3-EA1 (Pt) :

Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°1)
Un bilan, comportant des données d'activité quantitatives, a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée.(Dysfonctionnement n°2)
Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.

E3-EA2 (EGP) :

Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées.(Dysfonctionnement n°1)
Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, elles sont discutées au moment des transmissions, et la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient. La présence sur site des médecins gériatres, dont le référent soins palliatifs, facilite le déclenchement de cette réflexion sans délai.
Cette organisation n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, au décours de l'auto-évaluation, dans le cadre du groupe soins palliatifs, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées.
Le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction d'une politique

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"

Commentaires: la procédure intègre les missions et responsabilités des acteurs clés.

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées"

Action n°1b : Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées

Commentaires: Ce formulaire sera plus clair et plus simple pour les patients

Action n°1c : Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation

E2-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réactualisation du projet de service en formalisant l'organisation des projets de soins palliatifs

E2-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité

Commentaire: Une autre forme de soutien est proposée par le groupe de réflexion éthique

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2 : Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.

Commentaires: L'évaluation de ce programme annuel permettra l'adaptation à la démarche palliative en cours. Deux formations "Soins palliatifs, approche éthique des décisions, démarche palliative, accompagnement des patients/familles et des personnels" et "Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés" sont programmées pour 2015 ainsi qu'une sensibilisation en interne au recueil des directives anticipées.

E2-EA6 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblées intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Action n°2b : Sensibilisation des soignants par les cadres de cette procédure

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a:Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"

Action n°1b: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs" (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°1)

Commentaires: la procédure intègre les modalités d'évaluations

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2:Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique

Commentaire: le groupe éthique ne s'est pas fixé comme mission de régler des situations aigües

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2:Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative (Cf E3-EA1 Dysfonctionnement n°2)

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur adjoint en charge de la clientèle	Goupe "Soins palliatifs"	Goupe "Soins palliatifs"

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction d'une politique	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées" Action n°1b : Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c : Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réactualisation du projet de service en formalisant l'organisation des projets de soins palliatifs	Prévue	31/05/15 00:00
E2-EA4 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA4 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.	Prévue	31/12/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1 : Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a : Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblés intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2b : Sensibilisation des soignants par les cadres de cette procédure	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"	En cours	30/03/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2:Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1:Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique	Prévue	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation quantitative par le PMSI	Réalisée	31/12/14 00:00
Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs
Suivi de la mise en place du plan d'actions

Validation institutionnelle:

CME, groupe éthique

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par le groupe "soins palliatifs" qui se réunit tous les trimestres

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la prise en charge des patients en soins palliatifs

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs dans le secteur MCO.
Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée.
Les moyens et ressources ne sont pas identifiés. Les objectifs, en matière de prise en charge des patients atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. (Dysfonctionnement n°1)
Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place.
Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies : un médecin référent soins palliatifs titulaire d'un DIU de soins palliatifs intervient en SSR, mais pas en MCO. (Dysfonctionnement n°2)
Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs. En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention. Un groupe de travail « Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en oeuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaires de psycho-oncologie du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions et un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces concertations pluriprofessionnelles qui associent les médecins référents des patients, l'équipe soignante, la cadre du service et une infirmière de psycho-oncologie.

E1-EA2 (EGP) :
Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, leur conservation mais pas leurs modalités de recueil. (Dysfonctionnement n°1)
Un support de recueil est disponible dans les services de soins.

E2-EA2 (EGP) :
Une grande partie du personnel soignant des services, les plus souvent confrontés à la prise en charge de patients en fin de vie, ont suivi une formation de courte durée sur la démarche palliative en 2012 et 2013. Au cours des trois dernières années sur l'ensemble de l'établissement, une formation à la démarche palliative a été dispensée à environ 60 % des professionnels concernés.
Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation. (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (EGP) :
En service de médecine, un staff composé de médecins, de la cadre du service et des soignants se réunit de façon hebdomadaire. Au cours de cette réunion pluriprofessionnelle, les cas de patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge

palliative sont discutés. La traçabilité de ces réunions est assurée.

Cette organisation n'est pas mise en oeuvre en chirurgie ni en soins continus.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA4 (EGP) :

Ponctuellement, à l'initiative de la cadre du service de médecine, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante. Une infirmière

psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole. Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées.(Dysfonctionnement n°1)

En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisé, avec l'objectif de

permettre aux soignants d'exprimer les composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles.

E2-EA6 (EGP) :

Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de

rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°1)

La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans

son dossier.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA1 (Pt) :

Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°1)

Un bilan comportant des données d'activité quantitatives a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée.(Dysfonctionnement n°2)

Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.

E3-EA2 (EGP) :

Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées.(Dysfonctionnement n°1)

Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, ces questions sont discutées en réunion de staff avec les professionnels du service, et la décision de poursuite ou d'arrêt du

traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient.

Cette organisation n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été

élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées.

Cependant, le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction d'une politique

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"

Commentaires: la procédure intègre les missions et responsabilités des acteurs clés.

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées"

Action n°1b : Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées

Commentaires: Ce formulaire sera plus clair et plus simple pour les patients

Action n°1c : Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.

Commentaires: L'évaluation de ce programme annuel permettra l'adaptation à la démarche palliative en cours. Deux formations "Soins palliatifs, approche éthique des décisions, démarche palliative, accompagnement des patients/familles et des personnels" et "Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés" sont programmées pour 2015 ainsi qu'une sensibilisation en interne au recueil des directives anticipées.

E2-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux sur la procédure de prise en charge en soins palliatifs en chirurgie.

E2-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité

Commentaire: Une autre forme de soutien est proposée par le groupe de réflexion éthique

E2-EA6 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblées intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Action n°2b: Sensibilisation des soignants par les cadres de cette procédure

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a:Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"

Action n°1b: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs" (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°1)

Commentaires: la procédure intègre les modalités d'évaluations

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2:Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique

Commentaire: le groupe éthique ne s'est pas fixé comme mission de régler des situations aigües

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2:Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative (Cf E3-EA1 Dysfonctionnement n°2)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur adjoint en charge de la clientèle	groupe "soins palliatifs"	groupe "soins palliatifs"

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction d'une politique	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°1: Révision de la procédure 'Admission en soins palliatifs	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées"	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°2: Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°3: Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Action n°1: Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.	Prévue	31/12/15 00:00
E2-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux sur la procédure de prise en charge en soins palliatifs en chirurgie.	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA4 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°2: Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblés intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°3: Sensibilisation des soignants par les cadre de cette procédure	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1:	En cours	30/03/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1: Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"		
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique	Prévue	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation quantitative par le PMSI	Réalisée	31/12/14 00:00
Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs Suivi de la mise en place du plan d'actions
--

Validation institutionnelle:

CME, groupe éthique

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par le groupe "soins palliatifs" qui se réunit tous les trimestres
--

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la prise en charge des patients en soins palliatifs

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs dans le secteur SSR.

Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée. Les moyens et ressources ne sont pas

identifiés. Les objectifs en matière de prise en charge des patients, atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis.(Dysfonctionnement n°1)

Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place.

Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies (Dysfonctionnement n°2) : un médecin référent soins palliatifs titulaire d'un DIU de soins palliatifs intervient en SSR.

Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs.

En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention. Un groupe de travail « Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en oeuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaire de psycho-oncologie

du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions.

Un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces

concertations pluriprofessionnelles associant les médecins référents des patients, l'équipe soignante, la cadre du service, une infirmière de psycho-oncologie.

La prise en charge des patients en SSR est répartie sur deux sites distincts Saint-Côme et Sainte-Anne, avec des organisations et des modalités de mise en oeuvre différentes. Le plus souvent, les

patients en fin de vie seront pris en charge sur le site Sainte-Anne plus récent, permettant de répondre de manière plus adaptée aux besoins des patients en fin de vie, notamment en favorisant la

présence de l'entourage grâce aux chambres particulières et lits accompagnants dans un environnement confortable.

E1-EA2 (EGP) :

Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, la conservation mais pas les modalités de recueil.(Dysfonctionnement n°1)

Un support de recueil format papier est disponible dans les services de soins.

E2-EA2 (EGP) :

Des formations sur la prise en charge de la douleur en soins palliatifs ont été réalisées, et une grande partie du personnel soignant suit chaque année une formation de courte durée sur la démarche palliative.

Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (EGP) :

Sur le service de Sainte-Anne, un staff pluriprofessionnel se réunit régulièrement, et permet notamment d'actualiser les projets de soins palliatifs des patients

concernés. L'assistant social participe à ces réunions. La traçabilité de ces réunions est assurée.
Cette organisation n'est pas formalisée dans le cadre du projet de service.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA4 (EGP) :

Les actions mises en œuvre pour le soutien des soignants sont globalisées au sein de l'établissement et déclinées de la même manière pour le MCO, SSR et USLD.
Ponctuellement, à l'initiative de la cadre du SSR, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante. Une infirmière psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole.
Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées.(Dysfonctionnement n°1)
En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisée, avec l'objectif de permettre aux soignants d'exprimer les composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles.
Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA6 (EGP) :

Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°1)
La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans son dossier.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA1 (Pt) :

Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°1)
Les différents secteurs de prise en charge MCO, SSR et USLD y sont représentés. Un bilan, comportant des données d'activité quantitatives, a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée.(Dysfonctionnement n°2)
Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.

E3-EA2 (EGP) :

Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées.(Dysfonctionnement n°1)
Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, ces questions sont discutées en réunion de staff avec les professionnels du service et la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient.
Cette organisation n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées.
Le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction d'une politique

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"
Commentaires: la procédure intègre les missions et responsabilités des acteurs clés.

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées"

Action n°1b : Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées

Commentaires: Ce formulaire sera plus clair et plus simple pour les patients

Action n°1c : Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.

Commentaires: L'évaluation de ce programme annuel permettra l'adaptation à la démarche palliative en cours. 2 formations "Soins palliatifs, approche éthique des décisions, démarche palliative, accompagnement des patients/familles et des personnels" et "Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés" sont programmées pour 2015 ainsi qu'une sensibilisation en interne au recueil des directives anticipées.

E2-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réactualisation du projet de service en formalisant l'organisation des projets de soins palliatifs

E2-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité

Commentaire: Une autre forme de soutien est proposée par le groupe de réflexion éthique

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement. (Cf E2-EA2 Dysfonctionnement n°1)

E2-EA6 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblées intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"

Action n°2b : Sensibilisation des soignants par les cadres de cette procédure

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"

Action n°1b : Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs" (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°1)

Commentaires: la procédure intègre les modalités d'évaluations

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique

Commentaire: le groupe éthique ne s'est pas fixé comme mission de régler des situations aiguës

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs" (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°2)

E3-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative (Cf E3-EA1 Dysfonctionnement n°2)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur chargé de la clientèle	Groupe "Soins palliatifs"	Groupe "Soins palliatifs"

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction d'une politique	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Révision de la procédure "Admission et prise en charge en soins palliatifs"	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Révision de la procédure "Recueil des directives anticipées" Action n°1b : Elaboration d'un formulaire de recueil des directives anticipées	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c : Sensibilisation des professionnels à la remise de ce formulaire dans le cadre de l'accueil des patients en hospitalisation	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Elaboration d'un programme pluriannuel de formation intégré au plan de formation de l'établissement.	Prévue	31/12/15 00:00
E2-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réactualisation du projet de service en formalisant l'organisation des projets de soins palliatifs	Prévue	31/05/15 00:00
E2-EA4 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Formalisation d'actions de réflexion par le groupe éthique dans les unités de soins avec une traçabilité	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Rédaction de la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a : Traçabilité de la demande du patient dans son dossier lors des transmissions ciblées intégrée dans la procédure "Intervention de l'association ASP12"	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA6 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2b : Sensibilisation des soignants par les cadres de cette procédure	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1:	En cours	30/03/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1: Rédaction du règlement intérieur du groupe "soins palliatifs"		
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Elaboration d'un programme d'interventions dans chaque service pour discuter d'une question éthique	Prévue	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation quantitative par le PMSI	Réalisée	31/12/14 00:00
Réalisation d'un audit sur le dispositif de prise en charge palliative	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs Suivi de la mise en place du plan d'actions
--

Validation institutionnelle:

CME, groupe éthique

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par le groupe "Soins palliatifs" qui se réunit tous les trimestres
--

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion du dossier patient en Psychiatrie

Problématique:

E1-EA2 (EGP) :

Des règles d'accès au dossier du patient pendant l'hospitalisation sont définies dans le protocole : « Demande de dossier et accès aux archives médicales » ou encore dans le guide d'utilisation du dossier patient adapté à la psychiatrie et récemment finalisé.

Une procédure de gestion du dossier patient est en cours de validation. (Dysfonctionnement n°1)

Les documents sont accessibles aux professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux

professionnels, lors de réunions de service ou de restitution des résultats d'évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné du code d'accès au dossier patient informatisé est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.

E2-EA1 (EGP) :

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier du patient.

Un protocole « Organisation de la prise en charge médicale » élaboré au cours de l'année 2013 précise l'organisation des soins et la traçabilité des informations dans le dossier du patient. Par

ailleurs, le guide du dossier de soins adapté à la psychiatrie précise les documents devant être complétés par l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge.

Cependant, la notion de temps utile n'est pas définie dans ces divers documents.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (Pt) :

Les modalités de communication du dossier entre professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes ne sont pas formalisées. (Dysfonctionnement n°1).

La notion de temps utile n'est pas définie.

Lors de mutation d'un patient adulte vers l'hôpital de jour, un résumé de son projet individualisé est complété par le médecin référent et adressé à l'équipe d'accueil. Le dossier initial est conservé sur le lieu de Consultation Médico-Psychologique. Un nouveau dossier

est constitué pour l'hospitalisation de jour. L'informatisation du dossier n'étant pas encore effective, la communication du dossier entre professionnels des différents lieux de prise en charge n'est pas facilitée.(Dysfonctionnement n°2)

Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont transmis afin d'assurer la continuité

des soins (compte-rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'exams.) À la sortie du patient, un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant.

À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.(Dysfonctionnement n°3)

E3-EA1 (EGP) :

Le groupe « Veille dossier patient » a mené une évaluation sur la base du recueil des indicateurs IPAQSS « Tenue du dossier patient » en 2011 et 2012, sur le service de la psychiatrie adulte.

Une évaluation de la tenue des dossiers de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie a également été réalisée en juin 2012, au regard des recommandations de bonnes pratiques de « Tenue du dossier

en psychiatrie ambulatoire ». Par ailleurs, plusieurs évaluations de la conformité du dossier de soins ont été menées. La dernière évaluation a été conduite en avril 2013. Le dispositif d'évaluation est structuré, la périodicité des évaluations est annuelle.

À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur «Hôpital numérique » associé au moment de la visite. (Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Définition du guide des pièces du dossier de psychiatrie

Action n°1b : Harmonisation de la numérotation des dossiers

Action n° 1c : Revision du rangement du local des archives

Action n° 1d : Mise en place d'un registre d'entrées et sorties des dossiers patient en dehors des horaires d'ouverture

Action n°1e : Rédaction du protocole d'accès au dossier informatisé ORBIS

E2-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Rédaction d'un protocole "organisation de la PEC médicale en SM" qui précisera le temps utile

Action n°1b : Définition du guide des pièces du dossier de psychiatrie avec notion du temps utile

E2-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Rédaction du protocole d'accès au dossier informatisé ORBIS (cf E1-EA2-Dysfonctionnement 1-Action 1e)

Action n°1b: Rédaction du protocole d'accès au dossier patient papier par les professionnels de l'établissement.

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2a : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation complète de psychiatrie adulte)

Action n°2b : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières en cours

Action n° 2c : Intégration des ordonnances dans ORBIS

Action n° 2d : Intégration de l'évaluation de l'état de santé dans le logiciel ORBIS

Dysfonctionnement n°3 :

Action n° 3: Recueil de l'indicateur Hôpital numérique

E3-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Recueil de l'indicateur Hôpital numérique

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Médecin DIM-Coordonnateur de la GdRAS	Pôle SM, Service informatique/cardabelle, Service des archives	Secrétaires médicales, Médecins, Cadres, Archivistes, Informaticiens, Responsable du groupe Cardabelle

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Définition le guide des pièces du dossier de psychiatrie	En cours	30/06/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Harmonisaaton de la numérotation des dossiers	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n° 1c : Revision du rangement du local des archives	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n° 1d : Mise en place d'un registre d'entrées et sorties des dossiers patient en dehors des horaires d'ouverture	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1e : Rédaction du protocole d'accès au dossier informatisé ORBIS	Prévue	30/04/15 00:00
E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1a : Rédaction d'un protocole "organisation de la PEC médicale en SM" qui précisera le temps utile	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1b : Définition du guide des pièces du dossier de psychiatrie avec notion du temps utile	En cours	30/06/15 00:00
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°2: Rédaction du protocole d'accès au dossier patient papier par les professionnels de l'établissement.	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n° 2a : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation complète de psychiatrie adulte)	Réalisée	31/12/14 00:00
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2b : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les	En cours	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
structures extrahospitalières en cours		
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2c : Intégration des ordonnances dans ORBIS	En cours	30/04/15 00:00
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n° 2d : Intégration de l'évaluation de l'état de santé dans le logiciel ORBIS	Prévue	30/06/15 00:00
E2-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°3 Action n° 1 : Recueil de l'indicateur Hôpital numérique	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Recueil de l'indicateur Hôpital numérique	En cours	30/04/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA2 (EGP) : Evaluer la qualité et l'exhaustivité des pièces du dossier patient de psychiatrie	Prévue	31/12/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Evaluer l'IPAQSS "tenue du dossier patient en psychiatrie"	Réalisée	31/03/14 00:00
E2-EA2 (Pt) : Recueillir l'indicateur Hôpital numérique	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Recueillir l'indicateur Hôpital numérique	En cours	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs IPAQSS et Hôpital Numérique Réunion du groupe "Veille Dossier Patient"

Validation institutionnelle:

Intégrée dans la politique Qualité et Sécurité des Soins de l'établissement

Planification des revues de projet:

Plan d'actions suivi par le groupe "Veille Dossier Patient"
Pilotage de l'indicateur Hôpital Numérique relative au dossier patient par le groupe Cardabelle

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la continuité et coordination de la prise en charge des patients

Problématique:

E1-EA1 (EGP) :

Un planning de présence et un tableau d'astreintes médicales de psychiatres et pédopsychiatres sont établis et permettent d'assurer la permanence des soins 24 h/24h. Les documents sont affichés

dans toutes les structures et au niveau des secrétariats médicaux.

Une astreinte hebdomadaire de cadre soignant est également organisée sur l'ensemble de l'établissement. Les documents sont actualisés et accessibles aux professionnels concernés.

Cependant, l'établissement n'a pas formalisé les règles de présence et l'organisation en place pour assurer la permanence des soins.(Dysfonctionnement n°1)

E1-EA2 (EGP) :

De nombreux temps d'échanges formels sont en place pour assurer la coordination entre les différentes équipes et avec les partenaires extérieurs telles que réunion de concertation et de

coordination de l'équipe médicale, réunion clinique hebdomadaire pluridisciplinaire, réunion de synthèse ou de bilan, réunion de fonctionnement de l'équipe paramédicale, réunion de pôle.

La coordination avec les partenaires extérieurs s'effectue lors de rencontres, de réunions communes autour de la prise en charge des patients ou encore d'échange de courrier ou de pièces du dossier. Ces modalités de coordination élaborées avec l'ensemble des professionnels sont effectives, mais ne sont pas formalisées dans le projet médical.(Dysfonctionnement n°1)

E1-EA3 (Pt) :

L'établissement a mis en place, d'avril à novembre 2013, un groupe de travail chargé de dresser un état des lieux de l'existant et de définir les modalités de transmissions d'information entre les

différents secteurs de la psychiatrie et avec les partenaires extérieurs. Des axes d'amélioration sont identifiés dans les comptes-rendus des réunions du groupe, mais n'ont pas été mis

en oeuvre.(Dysfonctionnement n°1)

Par ailleurs, les modalités de transmission des informations contenues dans le dossier, aux professionnels d'aval ne sont pas décrites dans le guide de tenue du dossier patient mis en place début janvier 2014.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA1 (EGP) :

La collaboration entre les services de psychiatrie adultes et les structures partenaires intra ou extrahospitalières s'effectue par la transmission de fiches de liaisons, complétées par des entretiens téléphoniques et des temps de concertations avec les différents partenaires de la prise en charge (structures extérieures, services sociaux). Une fiche relative au projet thérapeutique individuel du patient est complétée par le médecin puis transmise à l'unité ou la structure prenant en charge le patient.

Des réunions de concertation avec différents partenaires du Centre hospitalier (pédopsychiatrie, maternitéetc.) ou du réseau médico-social (lycée, ASE, etc.) permettent une collaboration

multidisciplinaire autour de la prise en charge des patients enfants ou adolescents. Ces réunions sont planifiées à périodicité définie.

Ces modalités de collaboration entre services sont appliquées,mais ne sont pas formalisées dans les projets de service.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (EGP) :

Un état des lieux a été réalisé au cours de l'année 2013 par un groupe de travail pluridisciplinaire sur les mécanismes de coordination de la prise en charge et de transmissions des informations pour le secteur de psychiatrie adulte. Des actions d'amélioration ont été définies et sont en cours de mise en oeuvre.

L'établissement n'a pas enregistré d'Événement Indésirable relatif la continuité et à la coordination des soins.

Le dispositif d'évaluation n'est pas structuré.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Application des instructions de la DGOS et de l'ARS en cas de mouvement de grèves

Action n°1b : Rédaction d'un protocole de planification de la présence des personnels soignants dans les unités

Action n°1c : Rédaction d'un protocole de planification des astreintes

Action n°1d : Rédaction d'un protocole planification de la présence médicale et de la permanence des soins

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Formalisation des modalités de coordination élaborées avec l'ensemble des professionnels dans le projet médical

Commentaires : cf Projet d'établissement 2013-2017, pages 37 à 41.

E1-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Mise en oeuvre des 5 actions identifiées par le groupe de travail

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Réactualisation du guide dossier patient avec mise en place d'une fiche de liaison

E2-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Actualisation du protocole Relation du pôle de santé mentale avec les institutions partenaires et les services du CH

Action n°1b : Conventions avec les Charmettes, projet de gérontopsy et les conventions entre la psychiatrie et l'éducation nationale

E3-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'un audit de tenue du dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Cadre supérieur du pôle de Santé Mentale	Cadres du pôle de Santé Mentale	Medecin DIM-responsable dossier patient

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Application des instructions de la DGOS et de l'ARS en cas de mouvement de grèves	Réalisée	09/03/15 00:00
E1-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Rédaction d'un protocole de planification de la présence des personnels soignants dans les unités Action n°1c : Rédaction d'un protocole de planification des astreintes Action n°1d : Rédaction d'un protocole planification de la présence médicale et de la permanence des soins	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Formalisation des modalités de coordination élaborées avec l'ensemble des professionnels dans le projet médical	Réalisée	01/01/13 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Mise en oeuvre des 5 actions identifiées par le groupe de travail	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Réactualisation du guide dossier patient avec mise en place d'une fiche de liaison	En cours	30/06/15 00:00
E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Actualisation du protocole Relation du pôle de santé mentale avec les institutions partenaires et les services du CH	En cours	15/04/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réalisation d'un audit de tenue du dossier patient	Prévue	15/01/16 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réalisation d'un audit de tenue du dossier patient	Prévue	15/01/16 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des plans d'actions des services du pôle de Santé Mentale

Validation institutionnelle:

Direction des Soins

Planification des revues de projet:

Suivi des plans d'actions des services en réunion de pôle

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le management de la PEC médicamenteuse du patient

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014.

Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre.(Dysfonctionnement n°1)

Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM).(Dysfonctionnement n°2)

Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans le plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°3)

Les suites d'inspection concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ne sont pas intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°4)

L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.(Dysfonctionnement n°5)

La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels.(Dysfonctionnement n°6)

La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique. (Dysfonctionnement n°7)

Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Puits de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°8)

Les modalités de mise en oeuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°9)

La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés.(Dysfonctionnement n°10)

La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale, ne sont pas précisés.(Dysfonctionnement n°11)

Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°12)

Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.(Dysfonctionnement n°13)

Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées.(Dysfonctionnement n°14)

Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.

E1-EA2 (Pt) :

Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué, afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes. L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. (Dysfonctionnement n°1)

Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique. (Dysfonctionnement n°2)

E1-EA3 (EGP) :

Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution. (Dysfonctionnement n°1)

Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI>PRINCEPS et PRINCEPS>DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien. Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels. (Dysfonctionnement n°2)

E2-EA2 (non) :

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète n'est pas engagée pour les secteurs de santé mentale. (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA2 (Pt) :

Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier encore en place dans certains services de soins sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. (Dysfonctionnement n°1)

Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. (Dysfonctionnement n°2)

Le nombre d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi. (Dysfonctionnement n°3)

E3-EA3 (Pt) :

Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. (Dysfonctionnement n°1)

Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. (Dysfonctionnement n°2)

De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ». (Dysfonctionnement n°3)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10:

Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Commentaires: La politique met en avant le pilotage institutionnel avec l'engagement de la direction et de la CME, les objectifs de l'établissement, la participation des différentes instances, la méthode et les outils de traitement des erreurs médicamenteuses. Des indicateurs sont identifiés, avec leurs modalités de suivi et leur périodicité de recueil. Les actions du CBUM sont intégrées en totalité dans le plan d'actions.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels

Dysfonctionnement n°8:

Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes

Dysfonctionnement n°9:

Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"

Dysfonctionnement n°11:

Action n°11a: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire

Action n°11b: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale

Commentaires: Le bloc opératoire du site Saint-Côme est fermé depuis novembre 2014. Pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte, l'informatisation est entièrement déployée (depuis décembre 2014).

Action n°11c: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières en cours

Dysfonctionnement n°12:

Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient

Dysfonctionnement n°13:

Action n°13a: Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse

Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME

Dysfonctionnement n°14:

Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse

E1-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient (cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°12)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique

E1-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Commentaires: Il n'y a pas de guide de substitution. Cependant le logiciel ORBIS propose des équivalences par classe thérapeutique. La substitution est gérée au cas par cas et une note de service de la COMEDIMS indique les changements de marché avec une proposition de posologies à appliquer.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables

Action n°2b: Utilisation par les professionnels pour l'aide à la prescription et à l'administration du livret de suivi de traitement par clozapine

Commentaires: Utilisation d'un feuillet spécifique dans le dossier de soins sur la surveillance des traitements neuroleptiques.

E2-EA2 (non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°11)

Action n°1b : Déploiement de l'informatisation de la prescription en hospitalisation complète de psychiatrie adulte

Action n°1c : Déploiement de l'informatisation de la prescription pour les structures de jour

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2 :

Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament(décembre 2014 et février 2015)

Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014)

Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015)

Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)

Action n°1e: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables en réunion de service du pôle santé mentale

E3-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de Santé Mentale qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament

Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS.

Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)

Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)

Action n°3c: Formation sur les règles de prescription sur les personnes âgées au personnel médical et référents infirmiers par un médecin du service (18 février 2015)

Action n°3d: Formation sur les règles de prescription sur les psychotropes par un pharmacien (04 février 2015)

Action n°3e: Formation sur la diminution de la prescription des neuroleptiques chez les sujets déments par un pharmacien (04 février 2015)

Commentaires: Toutes ces formations ont été destinées aux médecins prescripteurs et au référent pharmacie de chaque service.

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable de la PUI	Professionnels du pôle Santé mentale, COMEDIMS, RSMQPECM, Coordonnateur de la GdRAS, Responsable de la PUI	Professionnels du pôle Santé mentale, COMEDIMS, RSMQPECM, Coordonnateur de la GdRAS, Responsable de la PUI

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10: Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés	Réalisée	30/09/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°8: Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11a:Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11b :Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation complète de psychiatrie adulte)	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11c: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières - En cours - 31/12/2015 Dysfonctionnement n°12: Action n°12 : Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient - En cours - 30/04/2015	En cours	31/12/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°13: Action n°13a:Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME	Réalisée	30/11/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	31/01/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Utilisation par les professionnels pour l'aide à la prescription et à l'administration du livret de suivi de traitement par clozapine (depuis l'utilisation de la clozapine dans le service)	Réalisée	01/01/14 00:00
E2-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Déploiement de l'informatisation de la prescription en hospitalisation complète de psychiatrie adulte	Réalisée	31/12/14 00:00
E2-EA2 (non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c: Déploiement de l'informatisation de la prescription pour les structures de jour	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2 : Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament (2014 et février 2015) Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014) Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015) Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)	Réalisée	10/03/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2 : Action n°1: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables en réunion de service du pôle santé mentale	Réalisée	09/03/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de Santé Mentale	En cours	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2:	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS. Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.		
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015) Action n°3c: Formation sur les règles de prescription sur les personnes âgées au personnel médical et référents infirmiers par un médecin du service (18 février 2015) Action n°3d: Formation sur les règles de prescription sur les psychotropes par un pharmacien (04 février 2015) Action n°3e: Formation sur la diminution de la prescription des neuroleptiques chez les sujets déments par un pharmacien (04 février 2015)	Réalisée	24/02/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°1: Suivi des non-conformités	Réalisée	23/02/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Suivi du déploiement des différents logiciels	En cours	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°1: Evaluation des connaissances acquises	Réalisée	24/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réévaluation des protocoles
 Suivi des non-conformités et événements indésirables
 Suivi des plans d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS-, CME

Planification des revues de projet:

Plan d'actions par le COMEDIMS

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre.(Dysfonctionnement n°1)
Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM).(Dysfonctionnement n°2)
Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans le plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°3)
Les suites d'inspection concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ne sont pas intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°4)
L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.(Dysfonctionnement n°5)
La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels.(Dysfonctionnement n°6)
La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique.(Dysfonctionnement n°7)
Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°8)
Les modalités de mise en oeuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°9)
La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés.(Dysfonctionnement n°10)
La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale ne sont pas précisés.(Dysfonctionnement n°11)
Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°12)
Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.(Dysfonctionnement n°13)
Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées.(Dysfonctionnement n°14)
Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.

E1-EA2 (Pt) :
Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du

dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes. L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. (Dysfonctionnement n°1)
Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique. (Dysfonctionnement n°2)

E1-EA3 (EGP) :

Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution. (Dysfonctionnement n°1)
Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps et un guide « Index de correspondance 2014 DCI>PRINCEPS et PRINCEPS>DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien. Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels. (Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (Pt) :

Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. (Dysfonctionnement n°1)
Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. (Dysfonctionnement n°2)
Le nombre d'événements indésirables, liés à la prise en charge médicamenteuse, est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi. (Dysfonctionnement n°3)

E3-EA3 (Pt) :

Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. (Dysfonctionnement n°1)
Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. (Dysfonctionnement n°2)
De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ». (Dysfonctionnement n°3)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10:
Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Commentaires: La politique met en avant le pilotage institutionnel avec l'engagement de la direction et de la CME, les objectifs de l'établissement, la participation des différentes instances, la méthode et les outils de traitement des erreurs médicamenteuses. Des indicateurs sont identifiés, avec leurs modalités de suivi et leur périodicité de recueil. Les actions du CBUM sont intégrées en totalité dans le plan d'actions.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels

Dysfonctionnement n°8:

Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes

Dysfonctionnement n°9:

Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"

Dysfonctionnement n°11:

Action n°11a: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire

Action n°11b: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale

Commentaires: Le bloc opératoire du site Saint-Côme est fermé depuis novembre 2014. Pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte, l'informatisation est entièrement déployée. (depuis décembre 2014)

Dysfonctionnement n°12:

Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient

Dysfonctionnement n°13:

Action n°13a: Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse

Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME

Dysfonctionnement n°14:

Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse

E1-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient (cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°12)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique

E1-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Commentaires: Il n'y a pas de guide de substitution. Cependant le logiciel ORBIS propose des équivalences par classe thérapeutique. La substitution est gérée au cas par cas et une note de service de la COMEDIMS indique les changements de marché avec une proposition de posologies à appliquer.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables

Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3:

Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament (2014 et février 2015)

Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014)

Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015)

Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)

E3-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de gériatrie qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament

Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS.

Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)

Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacienne-Responsable de la PUI	COMEDIMS, Pharmacienne-Responsable de la PUI, Cadres du pôle gériatrie, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, service Qualité-Gestion des risques	OMEDIT Midi-Pyrénées

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10: Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés	Réalisée	30/09/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°8: Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11a:Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11b :Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation complète de psychiatrie adulte)	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11c: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières	En cours	31/12/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°12: Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°13: Action n°13a:Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME	Réalisée	30/11/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	31/01/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies	Réalisée	16/02/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament (2014 et février 2015) Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014) Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015) Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)	Réalisée	10/03/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de gériatrie qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS. Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)	Réalisée	24/02/15 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9 : Suivi des non-conformités	Réalisée	23/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14 : Evaluation des connaissances acquises	Réalisée	17/02/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnements n°1,2 et 3 : Suivi du plan d'actions suite aux analyses réalisées	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3 : Evaluation avant et après formation des référents pharmacie	Réalisée	24/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des non-conformités et EI, suivi des plans d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

suivi des plans d'actions par le Copil Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration du management de la qualité de la PEC médicamenteuse

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre.(Dysfonctionnement n°1)

Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM). (Dysfonctionnement n°2)

Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans la plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°3)

Les suites d'inspection, concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI), ne sont pas intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°4)

L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.(Dysfonctionnement n°5)

La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels.(Dysfonctionnement n°6)

La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique.(Dysfonctionnement n°7)

Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°8)

Les modalités de mise en oeuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°9)

La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés.(Dysfonctionnement n°10)

La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale ne sont pas précisés.(Dysfonctionnement n°11)

Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°12)

Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée, et sa fiche de poste non rédigée.(Dysfonctionnement n°13)

Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées.(Dysfonctionnement n°14)

Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.

E1-EA2 (Pt) :

Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient, et est complété par un logiciel spécifique pour la gestion des chimiothérapies et un pour la gestion du service d'accueil des urgences. Un groupe

projet dit « Cardabelle » a été constitué, afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes. L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°1)
Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.(Dysfonctionnement n°2)

E1-EA3 (EGP) :

Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps » lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.(Dysfonctionnement n°1)
Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014 puis donne accès à la base de données VIDAL.
Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI>PRINCEPS et PRINCEPS>DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien.
Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA2 (EGP) :

L'informatisation ne concerne pas la prise en charge médicamenteuse complète. Elle est engagée pour la prescription et l'administration dans les secteurs de médecine sauf au bloc opératoire, en service de chirurgie ambulatoire et hospitalisation de jour d'oncologie.(Dysfonctionnement n°1)
Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » en référence au critère.

E3-EA2 (Pt) :

Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses.(Dysfonctionnement n°1)
Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisées, ni abordées dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°2)
Le nombre d'événements indésirables, liés à la prise en charge médicamenteuse, est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.(Dysfonctionnement n°3)

E3-EA3 (Pt) :

Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse.
Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas.(Dysfonctionnement n°1)
Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels.(Dysfonctionnement n°2)
De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ».(Dysfonctionnement n°3)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10:

Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Commentaires: La politique met en avant le pilotage institutionnel avec l'engagement de la direction et de la CME, les objectifs de l'établissement, la participation des différentes instances, la méthode et les outils de traitement des erreurs médicamenteuses. Des indicateurs sont identifiés, avec leurs modalités de suivi et leur périodicité de recueil. Les actions du CBUM sont intégrées en totalité dans le plan d'actions.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels

Dysfonctionnement n°8:

Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes

Dysfonctionnement n°9:

Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"

Dysfonctionnement n°11:

Action n°11a: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire

Action n°11b: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale

Commentaires: Le bloc opératoire du site Saint-Côme est fermé depuis novembre 2014. Pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte, l'informatisation est entièrement déployée. (depuis décembre 2014)

Dysfonctionnement n°12:

Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient

Dysfonctionnement n°13:

Action n°13a: Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse

Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME

Dysfonctionnement n°14:

Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse

E1-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient (cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°12)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique

E1-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Commentaires: Il n'y a pas de guide de substitution. Cependant le logiciel ORBIS propose des équivalences par classe thérapeutique. La substitution est gérée au cas par cas et une note de service de la COMEDIMS indique les changements de marché avec une proposition de posologies à appliquer.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables

Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Mise en place du module bloc opératoire d'Orbis

Commentaire:Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire est réalisée.

Action n°1b: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière.

Action n°1c: Mise en place de l'interface dossier patient (Orbis)/logiciel Asclépios

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3:

Action n°1a:Réalisation d'une analyse d'erreur médicamenteuse avec le service des urgences grâce à la méthode ALARM avec mise en place d'actions correctives.(15 janvier 2015)

Action n°1b: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament(2014 et février 2015)

Action n°1c: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014)

Action n°1d: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015)

Action n°1e: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)

E3-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de MCO qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament

Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS.

Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)

Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacienne-Responsable de la PUI	COMEDIMS, Pharmacienne-Responsable de la PUI, cadres de service, cadre du pôle MCO, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, RSMQPECM, Service Qualité/GDR	OMEDIT Midi Pyrénées

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7,10: Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse	En cours	31/03/15 00:00
Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI	Réalisée	30/09/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°8: Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11a:Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11b :Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation de jour adulte Sainte Anne, Pédopsychiatrie)	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°12: Action n°12:Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°13: Action n°13a:Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Action n°14:Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	31/01/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies	Réalisée	16/02/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Mise en place du module bloc opératoire d'Orbis	Prévue	30/06/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière. Action n°1c: Mise en place de l'interface dossier patient (Orbis)/logiciel Asclépios	Prévue	04/05/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Action n°1a: Réalisation d'une analyse d'erreur médicamenteuse avec le service des urgences grâce à la méthode ALARM avec mise en place d'actions correctives (Action n°1b: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament(2014 et février 2015) Action n°1c: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014) Action n°1d: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015) Action n°1e: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)	En cours	10/03/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de MCO	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS. Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.		
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)	Réalisée	24/02/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°9:Suivi des non-conformités	Réalisée	23/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Action n°14:Evaluation des connaissances acquises	Réalisée	17/02/15 00:00
E2-EA2 (EGP) : Suivi du déploiement des différents logiciels	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Suivi du plan d'actions suites aux analyses réalisées	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3(Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3:Evaluation avant et après formation des référents pharmacie	Réalisée	24/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des non-conformités et événements indésirables
Suivi des plans d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Plan d'actions suivi par le Copil Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre.(Dysfonctionnement n°1)

Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM).(Dysfonctionnement n°2)

Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans le plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°3)

Les suites d'inspection, concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI), ne sont pas intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°4)

L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.(Dysfonctionnement n°5)

La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels.(Dysfonctionnement n°6)

La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique.(Dysfonctionnement n°7)

Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°8)

Les modalités de mise en oeuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°9)

La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés.(Dysfonctionnement n°10)

La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale, ne sont pas précisés.(Dysfonctionnement n°11)

Certains aspects, relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.(Dysfonctionnement n°12)

Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.(Dysfonctionnement n°13)

Les modalités de formation des nouveaux professionnels, impliqués dans la prise en charge médicamenteuse, ne sont pas formalisées.(Dysfonctionnement n°14)

Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.

E1-EA2 (Pt) :

Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes. L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités

d'intégration de l'informatisation

de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°1)

Les interfaces, nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.(Dysfonctionnement n°2)

E1-EA3 (EGP) :

Le logiciel, déployé pour le dossier patient informatisé, comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.(Dysfonctionnement n°1)

Le logiciel propose, en première intention, les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste

des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI>PRINCEPS et PRINCEPS>DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien.

Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (Pt) :

Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de

soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule

de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses.(Dysfonctionnement n°1)

Les modalités d'analyse et les outils, validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.(Dysfonctionnement n°2)

Le nombre d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.(Dysfonctionnement n°3)

E3-EA3 (Pt) :

Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse.

Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas.(Dysfonctionnement n°1)

Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels.(Dysfonctionnement n°2)

De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux «never events ».(Dysfonctionnement n°3)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10:

Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse

Commentaires: La politique met en avant le pilotage institutionnel avec l'engagement de la direction et de la CME, les objectifs de l'établissement, la participation des différentes instances, la méthode et les outils de traitement des erreurs médicamenteuses .Des indicateurs sont identifiés, avec leurs modalités de suivi et leur périodicité de recueil. Les actions du CBUM sont intégrées en totalité dans le plan d'actions.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels

Dysfonctionnement n°8:

Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes

Dysfonctionnement n°9:

Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"

Dysfonctionnement n°11:

Action n°11a: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire

Action n°11b: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale

Commentaires: Le bloc opératoire du site Saint-Côme est fermé depuis novembre 2014. Pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte, l'informatisation est entièrement déployée. (depuis décembre 2014)

Dysfonctionnement n°12:

Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient

Dysfonctionnement n°13:

Action n°13a: Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse

Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en CME

Dysfonctionnement n°14:

Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse

E1-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient (cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°12)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique

E1-EA3 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Commentaires: Il n'y a pas de guide de substitution. Cependant le logiciel ORBIS propose des équivalences par classe thérapeutique. La substitution est gérée au cas par cas et une note de service de la COMEDIMS indique les changements de marché avec une proposition de posologies à appliquer.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables

Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies

E3-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1,2,3:

Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament (2014 et février 2015)

Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014)

Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015)

Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)

E3-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de gériatrie qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament

Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS.

Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie (24 février 2015)

Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services (15 mars 2015)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacienne-Responsable de la PUI	COMEDIMS, Pharmacienne-Responsable de la PUI, Cadres du pôle gériatrie, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, service Qualité-Gestion des risques	OMEDIT Midi-Pyrénées

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3,6,7 et 10: Action n°1: Rédaction de la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Travaux et déménagement de la PUI réalisés	Réalisée	30/09/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Réalisation de l'organigramme de la PUI, identifiant les professionnels, leurs rôles et les liens fonctionnels	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°8: Action n°8: Rédaction d'une fiche technique sur les modalités d'approvisionnement des sites externes	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Action n°9: Rédaction d'un protocole "Dispensation de médicaments à un patient non hospitalisé"	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11a:Déploiement de l'informatisation du dossier patient en chirurgie ambulatoire	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11b :Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale(hospitalisation complète de psychiatrie adulte)	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°11: Action n°11c: Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières en cours	En cours	31/12/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°12: Action n°12: Intégration des modalités d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information dans le projet d'informatisation du dossier patient	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°13: Action n°13a:Réalisation de la fiche de poste du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse Action n°13b: Nomination du responsable du management de la prise en charge	Réalisée	30/11/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
médicamenteuse en CME		
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Action n°14: Intégration dans le plan de formation du personnel une formation sur la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	31/01/15 00:00
E1-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Formalisation des interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique	En cours	30/04/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Diffusion d'un tableau indiquant les modalités d'administration des principaux injectables	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA3 (EGP) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2b: Sécurisation du circuit de prescription/dispensation/administration des chimiothérapies	Réalisée	16/02/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Action n°1a: Sensibilisation et formation aux signalements des événements indésirables lors des formations institutionnelles sur le circuit du médicament (2014 et février 2015) Action n°1b: Sensibilisation aux signalements des événements indésirables des cadres des services lors de réunions de cadres (2014) Action n°1c: Sensibilisation des médecins sur la typologie des erreurs médicamenteuses et du circuit de signalement en CME (10 mars 2015) Action n°1d: Communication auprès des référents pharmacie sur les modalités de signalement et les "never events" (24 février 2015)	Réalisée	10/03/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1: Intégration des actions en lien avec le médicament dans le plan d'action global du pôle de gériatrie qui alimentera le plan d'action global du COMEDIMS.	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2a : Faire des signalements d'événements indésirables en lien avec le médicament Action n°2b : Faire une analyse des causes de l'événement déclaré avec le service qualité-Gestion des risques ou le coordonnateur de la GdRAS. Action n°2c : Retour d'information auprès des équipes	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3:	Réalisée	24/02/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°3a: Formation sur "never events" et médicaments à risque aux référents pharmacie		
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Identification des médicaments à risque dans les services	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°9: Suivi des non-conformités	Réalisée	23/02/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°14: Evaluation des connaissances acquises	Réalisée	17/02/15 00:00
E3-EA2 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Suivi du plan d'actions suite aux analyses réalisées	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Evaluation avant et après formation des référents pharmacie	Réalisée	24/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des non-conformités et événements indésirables Suivi des plans d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Plan d'actions suivi par le Copil Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en Santé mentale

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011.(Dysfonctionnement n°1)
Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants.(Dysfonctionnement n°2)
Elle détaille également les règles de prescriptions, mais ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services.(Dysfonctionnement n°3)
Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS.
Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°4)
Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens.(Dysfonctionnement n°5)
Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détection par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.(Dysfonctionnement n°6)

E1-EA2 (EGP) :
Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel.(Dysfonctionnement n°1)
Cette information orale se fait principalement au moment de la consultation médicale avant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en oeuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

E1-EA3 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines étapes du circuit ou certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme les modalités de préparation et d'administration médicamenteuse en psychiatrie pour prévenir les risques liés à la non-observance des traitements et à la surveillance des effets secondaires et les éventuelles antidotes en cas de surdosage.(Dysfonctionnement n°1)

La délivrance nominative n'est en place que pour les stupéfiants et les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables, exceptionnellement utilisés en psychiatrie.

L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée sur les services de psychiatrie en raison de la non-informatisation de la prescription médicamenteuse et de la complexité à la réaliser sur des supports papier, majorée par l'éloignement des sites d'hospitalisation de psychiatrie de la PUI.(Dysfonctionnement n°2)

Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations antérieures, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant,des délivrances hors dotation sont mises en place.

Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.

Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en oeuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés.

Le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte est équipé de nouvelles armoires de stockage des médicaments fermées à clé dans l'infirmierie, dont les accès sont sécurisés par digicode. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés.(Dysfonctionnement n°3)

Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments «look alike » ou « sound alike », (Dysfonctionnement n°4) ni protocole de préparation des médicaments.(Dysfonctionnement n°5)

Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.(Dysfonctionnement n°6)

Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé par camion dans des caisses, dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique pour améliorer la sécurisation du transport, notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.

E1-EA4 (Pt) :

Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.(Dysfonctionnement n°1)

Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.

La préparation des traitements oraux des patients, appelée «Préparation des piluliers », est réalisée par les professionnels de nuit sur l'ensemble des services pour la totalité de la journée suivante. Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour, après vérification avant administration, à partir de la prescription papier. Les supports papier en format A3 comportent un nombre important de colonnes permettant de tracer l'administration, avec la possibilité de poursuivre cette traçabilité au verso. Cependant, sur ce support, les lignes au verso ne sont pas numérotées, ce qui peut induire des erreurs par défaut de lecture.(Dysfonctionnement n°2)

En psychiatrie adulte en hospitalisation complète, l'administration médicamenteuse se fait dans la partie « soins » de l'infirmierie où les patients se rendent pour prendre leur traitement devant l'infirmière pour s'assurer de leur prise effective. Cette organisation n'est pas formalisée.(Dysfonctionnement n°3)

Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier sur la feuille de traitement.

Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.

Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service et une fiche de poste référent établie.

Il n'existe pas de support destiné aux professionnels sur les médicaments à risque, ni sur la surveillance des effets secondaires des traitements.(Dysfonctionnement n°4)

En pédopsychiatrie, il n'y a pas d'armoire de stockage des médicaments, mais une « armoire à pharmacie » type pharmacie scolaire comportant des médicaments et du matériel de premiers

soins.(Dysfonctionnement n°5)

E2-EA1 (Pt) :

Les prescriptions peuvent être établies pour plusieurs semaines, sans réajustement ou sans pouvoir retrouver l'ensemble des éléments de la formulation des prescriptions, à savoir la date et/ou

l'heure des prescriptions.(Dysfonctionnement n°1)

Le dosage et la durée prévisionnelle du traitement ne sont pas retrouvés dans la plupart des dossiers.(Dysfonctionnement n°2)

Cela est confirmé par les résultats (13 %) d'un audit.

E2-EA2 (Pt) :

L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée sur les services de psychiatrie, en raison de la non-informatisation de la prescription médicamenteuse et de la complexité à la réaliser sur des supports

papier, majorée par l'éloignement des sites d'hospitalisation de psychiatrie de la PUI.(Dysfonctionnement n°1)

La dispensation nominative est réalisée uniquement sur les médicaments anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins

stables.

E2-EA4 (Pt) :

L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments.(Dysfonctionnement n°1)

Cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle n'est pas tracée en psychiatrie.(Dysfonctionnement n°2)

Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation.(Dysfonctionnement n°3)

E2-EA5 (Pt) :

En psychiatrie, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier patient, dans le service d'hospitalisation complète, mais pas dans les services d'hospitalisation

ambulatoire. (Dysfonctionnement n°1)

L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est identifiée grâce à la feuille d'enregistrement des signatures intégrée au dossier patient.

À l'hôpital de jour de pédopsychiatrie, les traitements sont exceptionnellement administrés par un éducateur lors de l'absence de l'infirmière.(Dysfonctionnement n°2)

En l'absence de l'infirmière de l'hôpital de jour, l'infirmière du RASTA est sollicitée pour assurer la relève pour la dispensation des médicaments. En situation d'absence exceptionnelle des deux infirmières, la préparation des médicaments est anticipée par celles-ci, et l'aide à la prise est réalisée par un éducateur.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA1 (Pt) :

Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013, mais les services de psychiatrie n'y ont pas été intégrés car la prise en charge médicamenteuse n'y est pas informatisée.(Dysfonctionnement n°1)

L'établissement assure le recueil des indicateurs IPAQSS sur la tenue du dossier dont le critère « Prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ».

Les services de psychiatrie y ont participé hors protocole sur un échantillon de 48 dossiers.

Les modalités et la périodicité d'évaluation du circuit du médicament pour les services de psychiatrie ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (Pt) :
Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP et dans le rapport d'étape du CBUM. (Dysfonctionnement n°1)
Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont, pour la majorité, issues de l'autoévaluation réalisée dans le cadre la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global. (Dysfonctionnement n°2)
En psychiatrie, les actions d'amélioration mises en oeuvre concernent uniquement la sécurisation du circuit du médicament mais pas le bon usage.

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament"
Dysfonctionnement n°2:
Action n°2 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des règles de prescription pour les internes et les remplaçants
Dysfonctionnement n°3:
Action n°3 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des différents logiciels en place dans les différents services.
Dysfonctionnement n°4:
Action n°4a: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque
Action n°4b: Rédaction d'une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée intégrant trois fiches: une liste des médicaments à risque, évaluation de risque iatrogène chez la personne âgée, évaluation bénéfique/risque
Dysfonctionnement n°5:
Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs
Dysfonctionnement n°6:
Action n°6: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts

E1-EA2 (EGP) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre et affiche format A5 dans le livret d'accueil, d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel

E1-EA3 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1a : Rédaction d'une procédure sur l'organisation des soins en psychiatrie d'hospitalisation complète comprenant les modalités de préparation et d'administration médicamenteuse
Action n°1b : Rédaction d'une procédure de suivi de traitement médicamenteux sur les structures extrahospitalières
Action n°1c : Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale
Dysfonctionnement n°2:
Action n°2 : Réalisation de l'analyse pharmaceutique
Dysfonctionnement n°3:
Action n°3 : Identification des médicaments à risque par une pastille rouge
Dysfonctionnement n°4:

Action n°4 : Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5a : Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables

Action n°5b : Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers

Action n°5c : Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale comprenant la préparation et administration des piluliers (Cf Action 1c)

Dysfonctionnement n°6:

Commentaires : En hospitalisation complète, une armoire est entièrement dédiée au traitement personnel (déjà existant lors de la visite initiale)

E1-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Révision du protocole "Maîtrise du circuit du médicament".(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°1)

Action n°1b: Rédaction d'un protocole sur les médicaments à risque.(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°7)

Action n°1c: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables(Cf E1-EA3 Dysfonctionnement n°4)

Action n°1d: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers (Cf E1-EA3)

Action n°1e: Rédaction d'une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée intégrant trois fiches: une liste des médicaments à risque, évaluation de risque iatrogène chez la personne âgée, évaluation bénéfique/risque (Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°4)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Utilisation du logiciel informatique Orbis (retrait des fiches papiers)

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Rédaction d'une procédure sur l'organisation des soins en psychiatrie d'hospitalisation complète comprenant les modalités d'administration (Cf E1-EA3

Dysfonctionnement n°1 Action 1a)

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Rédaction d'une procédure sur la prescription de psychotropes chez la personne âgée incluant la surveillance des effets indésirables et la prévention des risques(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°4)

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Mise en place d'une armoire à pharmacie en pédopsychiatrie

E2-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Utilisation du logiciel informatique Orbis en psychiatrie d'hospitalisation complète (Cf E1-EA4 Dysfonctionnement n°2 Action n°2)

Action n°1b: En structures extrahospitalières

Dysfonctionnement n°2:

Commentaire: tout renseignement sur l'historique de la prescription médicamenteuse des patients adultes peut être retrouvé au secrétariat. En pédopsychiatrie, toutes les ordonnances sont retrouvées dans le dossier patient.

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation de l'analyse depuis l'informatisation (Cf E1-EA3 Dysfonctionnement n°2)

E2-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Rédaction d'un protocole de remise de fiche d'information sur le traitement psychotrope

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Réalisation de la traçabilité de remise de fiche d'information dans le dossier du patient

Dysfonctionnement n°3 :

Action n°3: Evaluation de la traçabilité

E2-EA5 (Pt) :
 Dysfonctionnement n°1 :
 Action n°1: Réalisation en temps réel de la traçabilité de l'administration dans le dossier patient(cf procédure de suivi de traitement médicamenteux sur les structures extrahospitalières).
 Dysfonctionnement n°2 :
 Action n°2a: Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale
 Action n°2b: Réactualisation des fiches de poste des IDE de l'hôpital de jour

E3-EA1 (EGP) :
 Dysfonctionnement n°1 :
 Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit
 Dysfonctionnement n°2 :
 Action n°2: Définition des modalités et périodicité d'évaluation du circuit du médicament dans la politique du médicament

E3-EA2 (EGP) :
 Action n°1 : Présentation de l'étude Catie sur l'administration des psychotropes pour la schizophrénie par une pharmacienne le 04 février 2015
 Dysfonctionnement n°1:
 Action n°1: Intégration des actions issues des EPP et du CBUM dans le plan d'actions qualité de chaque service
 Dysfonctionnement n°2 :
 Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI	PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI, COORDONNATEUR DE LA GDRAS, LES PROFESSIONNELS DU POLE SANTE MENTALE RSMQPECM, SERVICE QGDR	OMEDIT MIDI PYRENEES

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1,2,3: Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" Dysfonctionnement n°4: Action n°4a: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4b: Rédaction d'une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée intégrant trois fiches: une liste des médicaments à risque, évaluation de risque iatrogène chez la personne âgée, évaluation bénéfice/risque	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs Dysfonctionnement n°6: Action n°6: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre et affiche format A5 dans le livret d'accueil, d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel	Réalisée	16/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Rédaction d'une procédure sur l'organisation des soins en psychiatrie d'hospitalisation complète comprenant les modalités de préparation et d'administration médicamenteuse	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Rédaction d'une procédure de suivi de traitement médicamenteux sur les structures extrahospitalières	En cours	20/03/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c: Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale	En cours	20/03/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Réalisation de l'analyse pharmaceutique	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA3 (Pt) :	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge		
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.	Réalisée	24/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables Action n°5b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA4 (Pt): Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Utilisation du logiciel informatique Orbis (retrait des fiches papiers)	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA4 (Pt): Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Mise en place d'une armoire à pharmacie en pédopsychiatrie	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1 : Rédaction d'un protocole de remise de fiche d'information sur le traitement psychotrope	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Réalisation de la traçabilité de remise de fiche d'information dans le dossier du patient	Prévue	01/04/15 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°3 : Action n°3: Evaluation de la traçabilité de remise de fiche d'information dans le dossier du patient	Prévue	01/10/15 00:00
E2-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2a: Rédaction d'un protocole d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux en structures extrahospitalières du pôle santé mentale	En cours	20/03/15 00:00
E2-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2b: Réactualisation des fiches de poste des IDE de l'hôpital de jour	Réalisée	01/01/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) :	En cours	17/04/15 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Dysfonctionnement n°1 : Action n°1: Intégration des actions issues des EPP et du CBUM dans le plan d'actions qualité de chaque service Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global		

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Evaluation de la formation des référents sur les "never events"	Réalisée	24/02/15 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°3 : Action n°3: Evaluation de la traçabilité de remise de fiche d'information dans le dossier du patient	Prévue	01/10/15 00:00
E3-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Plan d'actions suivi par le COPIL Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011. (Dysfonctionnement n°1)
Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants.(Dysfonctionnement n°2)
Elle détaille également les règles de formulation des prescriptions, mais elle ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services. (Dysfonctionnement n°3)
Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS/CME.
En USLD, le logiciel de gestion du dossier est déployé pour tous les patients depuis début 2014, et permet de réaliser la prescription informatisée pour tous les patients.
Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.
Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°4)
Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens.(Dysfonctionnement n°5)
Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.(Dysfonctionnement n°6)

E1-EA2 (EGP) :
Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017.
Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé.
Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel, cette information orale se fait principalement au moment de l'admission du patient dans le service.(Dysfonctionnement n°1)
Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent.
L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation.
En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en oeuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place

dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis.

Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission, et sont étiquetés

et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet.

Le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

La présence quotidienne des médecins gériatres sur le service d'USLD contribue à garantir la continuité du traitement médicamenteux.

E1-EA3 (Pt) :

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure

de maîtrise du circuit du médicament ». Certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme la gestion des médicaments à risque et les juste prescription chez le sujet âgé.(Dysfonctionnement n°1)

La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.

Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations antérieures, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant,des délivrances hors dotation sont mises en place.

Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.

Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en oeuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et

l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés.

Le service a été équipé de nouvelles armoires de stockage des

médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas

identifiés.(Dysfonctionnement n°2)

Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments « look alike » ou « sound a like » (Dysfonctionnement n°3) , ni protocole de préparation des médicaments.(Dysfonctionnement n°4)

Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI, et n'est pas conforme aux

règles d'hygiène.(Dysfonctionnement n°5)

Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé par camion dans des caisses, dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des

transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique pour améliorer la sécurisation du transport, notamment la traçabilité des caisses remises aux

services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des

caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.

E1-EA4 (Pt) :

Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les

médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.(Dysfonctionnement n°1)

Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont

accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.

En USLD, la préparation des traitements oraux des patients, appelée « Préparation des piluliers », est réalisée par les infirmières de jour. Une des infirmières en poste est détachée

pendant environ 2 heures pour cette tâche, dans le but de ne pas être dérangée. Elle assure la préparation d'environ cinquante piluliers chaque jour, contenant les traitements oraux de la journée. Cette organisation est formalisée sur un support interne au service, mais non référencé dans le système documentaire interne de l'établissement.(Dysfonctionnement n°2)

Les médicaments sont administrés par les infirmières en poste selon leurs horaires de travail, après vérification avant administration à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Le chariot des médicaments et le chariot informatique sont pris par l'infirmière pour réaliser l'administration dans la salle à manger et tracer en temps réel l'administration réalisée. Cette organisation, initiée en février 2014, permet de ne pas laisser de médicaments à portée des patients dont certains présentent des troubles cognitifs.

Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.

Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service dont l'USLD et une fiche de poste référent établie.

E2-EA2 (EGP) :

L'analyse pharmaceutique en USLD est effective depuis l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

La dispensation nominative est réalisée uniquement pour les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.

E2-EA4 (Pt) :

L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments,(Dysfonctionnement n°1) cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée.(Dysfonctionnement n°1)

Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation à ce jour.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA1 (Pt) :

L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration sur un échantillon de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier (hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions, a été mené.

L'établissement participe au recueil DREES des médicaments.

Toutefois, la périodicité des audits du circuit du médicament n'est pas définie(Dysfonctionnement n°1), et ils ne portent pas sur l'ensemble des étapes.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA2 (EGP) :

Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant, et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP, dans le rapport d'étape du CBUM. Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont pour la majorité issues de l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée.

Les gériatres participent au projet ICARE piloté le géronto-pôle de Toulouse portant sur la prise en charge des patients âgés, dont la prise en charge médicamenteuse.

Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des règles de prescription pour les internes et les remplaçants

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des différents logiciels en place dans les différents services.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs

Dysfonctionnement n°6:

Action n°6: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre, et petite affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel

E1-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réalisation d'un protocole sur les AVK

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables

Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers

Dysfonctionnement n°5:

Pas d'action

E1-EA4 (Pt) :

Remarque : La préparation des traitements oraux des patients, appelée « préparation des piluliers » est réalisée par les professionnels de nuit sur le site de Saint Côme et par les professionnels de jour pour le site de Sainte Anne pour la totalité de la journée suivante.

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Réalisation d'un protocole sur les AVK (cf E1-EA3 (Pt)-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Action n°1b: Révision du protocole "Maîtrise du circuit du médicament".(Cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°1)

Action n°1c: Rédaction d'un protocole sur les médicaments à risque Cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°4)

Action n°1d: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables Cf E1-EA3-Dysfonctionnement n°4-Action n°4a)

Action n°1e: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers (E1-EA3-Dysfonctionnement n°4-Action n°4b)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+

E2-EA2 (EGP) :

Pas d'action

E2-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Rédaction d'une procédure sur les traitements personnels des patients (cf E1-EA2-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Action n°1b : Réalisation d'un protocole sur les AVK (cf E1-EA3 (Pt)-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Dysfonctionnement n°2, 3 et 4 :

Action n°2a : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée sur les AVK

Action n°2b : Formation des professionnels sur les AVK

Action n°2c : Evaluation de cette formation

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation de bilans

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI	PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI, COORDONNATEUR DE LA GDRAS, CADRE DU POLE GERIATRIE, RSMQPECM, SERVICE QGDR	OMEDIT MIDI PYRENEES

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1, 2 et 3: Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament"	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°6: Action n°6: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique et petite affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel	Réalisée	16/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un protocole sur les AVK	En cours	30/09/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.	Réalisée	24/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+	Réalisée	31/12/08 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°2, 3 et 4 : Action n°2a : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée sur les AVK	En cours	30/09/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°2b : Formation des professionnels sur les AVK Action n°2c : Evaluation de cette formation		
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réalisation de bilans	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (Pt) : Evaluation de la formation des référents sur les never events	Réalisée	24/02/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Suivi du plan d'actions	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des plans d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Suivi des plans d'actions par le COPIL Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011.(Dysfonctionnement n°1)
Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants.(Dysfonctionnement n°2)
Elle détaille également les règles de prescriptions, mais ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services. (Dysfonctionnement n°3)
Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS/CME.
Le logiciel de gestion du dossier patient est en place, et permet de réaliser la prescription informatisée sur les services de médecine, soins continus, chirurgie complète et maternité, mais il n'est pas déployé en service de chirurgie ambulatoire, ni en SSPI où le support de prescription est papier.(Dysfonctionnement n°4)
Le service d'accueil des urgences dispose d'un logiciel spécifique. Un logiciel métier spécifique est disponible pour les prescriptions de chimiothérapie, mais il n'est pas interfacé avec le logiciel de gestion du dossier.(Dysfonctionnement n°5)
Pour assurer la traçabilité de l'administration des traitements cytotoxiques prescrites dans le logiciel dédié aux chimiothérapies, les prescriptions de ces traitements sont retranscrites sur un support de prescription papier, dont le format des cases ne permet pas de contenir certaines prescriptions manuscrites, ce qui peut conduire à ne pas pouvoir en tracer l'administration.(Dysfonctionnement n°6)
Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies. Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°7)
Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens.(Dysfonctionnement n°8)
Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.(Dysfonctionnement n°9)

E1-EA2 (EGP) :
Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel.(Dysfonctionnement n°1)
Cette information orale se fait principalement au moment de la consultation médicale avant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en oeuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés

au patient à l'admission, et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Sur les services informatisés, le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

E1-EA3 (Pt) :

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse en vigueur est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la «

Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines étapes du circuit ou certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme le circuit des anticancéreux ou la gestion des

médicaments à risque.(Dysfonctionnement n°1)

La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins

stables. Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations historiques, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant,

des délivrances hors dotation sont mises en place. Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement. Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en œuvre avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin, et une astreinte est organisée pour les week-ends et jours fériés. Une grande partie des services a été équipée de nouvelles

armoires de stockage des médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les

médicaments à risque ne sont pas identifiés.(Dysfonctionnement n°2)

Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments

« look alike » ou « sound alike », (Dysfonctionnement n°3) ni protocole de préparation des

médicaments.(Dysfonctionnement n°4)

Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente

un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.(Dysfonctionnement n°5)

Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé, par camion dans des caisses dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsables logistique pour améliorer la sécurisation du transport notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.

E1-EA4 (Pt) :

Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament" d'août 2010 mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. En effet, les médicaments à risque ne sont pas identifiés et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.(Dysfonctionnement n°1)

Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont

accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur l'intranet. La préparation des traitements oraux des patients, appelée « préparation des piluliers" est réalisée par les professionnels de nuit sur l'ensemble des services de MCO pour la totalité de la journée suivante. Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour après vérification avant

administration à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier informatisé grâce aux postes informatiques dans certains services ou aux multiples postes installés dans les couloirs.

En médecine, pour les patients pris en charge pour un traitement anticancéreux, l'administration des traitements est tracée sur un support papier distinct de la prescription informatisée, retranscrite sur ce même support. Le format du support ne garantit pas une lisibilité de la traçabilité de l'administration.(Dysfonctionnement n°2)

Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.

Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service et une fiche de poste référent établie.

Il n'existe pas de support destiné aux professionnels répertoriant les dispositifs utilisés pour l'administration des médicaments et les modalités d'utilisation ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°3)

E2-EA1 (EGP) :

Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur 49 % pour la campagne 2011. L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (EGP) :

L'analyse pharmaceutique en MCO est effective, sauf la chirurgie ambulatoire dont le dossier patient n'est pas informatisé.(Dysfonctionnement n°1)

La dispensation nominative est réalisée uniquement sur les médicaments anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.

E2-EA3 (Pt) :

Pour les anticancéreux, les modalités de reconstitution destinées aux préparateurs sont intégrées au protocole validé dans le logiciel spécifique à la gestion des chimiothérapies. Elles sont éditées sur la feuille de fabrication générée par la validation pharmaceutique. Toutefois, le circuit des produits, et les modalités de mise en oeuvre du double contrôle conformément aux exigences réglementaires ne sont pas définis.(Dysfonctionnement n°1)

Les modalités de sécurisation de cette activité à risque ne sont pas formalisées.(Dysfonctionnement n°2)

Il n'existe pas de protocole sur la gestion des reliquats, la gestion des médicaments non administrés, les étapes de la validation des traitements ou les dispositifs associés utilisés.(Dysfonctionnement n°3)

De plus, les conditions environnementales nécessaires à la préparation de ces médicaments ne font pas l'objet de protocole.(Dysfonctionnement n°4)

Des travaux sont en cours à la PUI pour mettre en conformité l'unité de reconstitution des médicaments anticancéreux suite au rapport de l'ARS. Ces travaux ont conduit à transférer

provisoirement cette activité sur le service de médecine dans une chambre aménagée à cet effet. La hotte à flux laminaire a été déplacée et requalifiée. Des prélèvements d'air et des mesures de

pression ont été réalisés. Les résultats des contrôles réalisés sont conformes aux normes d'avril 2013 pour la classification particulière, mais pas pour les flux aérauliques puisque la pièce

n'est pas en surpression et ne peut pas l'être, compte tenu de la configuration des locaux. Cette absence de surpression expose la zone de reconstitution à une contamination et ne respecte pas les

conditions requises pour la préparation des anticancéreux.(Dysfonctionnement n°5)

Une zone de déshabillage et d'habillage a été installée dans la partie sanitaire de la chambre utilisée, mais elle ne permet pas de séparer les vêtements extérieurs des vêtements portés pour la

reconstitution.(Dysfonctionnement n°6)

Les tenues à usage unique utilisées pour cette activité ne sont pas stériles.(Dysfonctionnement n°7)

E2-EA4 (Pt) :

L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments,(Dysfonctionnement n°1)

cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée.(Dysfonctionnement n°2)

En service de médecine, les gastro-entérologues informent les patients sur les traitements par Interferon dans le cadre de leurs consultations. Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

E2-EA5 (Pt) :
Dans les secteurs où la prise en charge médicamenteuse est informatisée, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier patient. En chirurgie ambulatoire, la traçabilité est faite sur le support papier de prescription administration. L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est enregistrée grâce à l'accès au dossier patient par la carte CPS. En cas non-administration, le professionnel peut insérer un commentaire pour justifier la non-administration. Pour la traçabilité de l'administration des traitements cytotoxiques prescrites dans le logiciel dédié, les prescriptions de ces traitements sont retranscrites sur un support papier, dont le format des cases ne permet pas de contenir certaines prescriptions manuscrites, ce qui peut conduire à ne pas pouvoir en tracer l'administration.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (EGP) :
L'audit sur le circuit du médicament est réalisé annuellement(calendrier du CBUM). L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration sur un échantillon de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier(hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions a été mené. L'établissement a également participé à la collecte 2013 du recueil DREES des médicaments. Toutefois, les audits du circuit du médicament ne portent pas sur l'ensemble des étapes.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA2 (EGP) :
Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP et dans le rapport d'étape du CBUM. Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont pour la majorité issues de l'autoévaluation réalisée dans la cadre la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament"
Dysfonctionnement n°2:
Action n°2 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des règles de prescription pour les internes et les remplaçants
Dysfonctionnement n°3:
Action n°3 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des différents logiciels en place dans les différents services.
Dysfonctionnement n°4:
Action n°4: Déploiement du logiciel de gestion du dossier patient en chirurgie ambulatoire et en SSPI
Dysfonctionnement n°5:
Action n°5: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière avec les possibilités d'interface
Dysfonctionnement n°6:
Action n°6a: Mise en place d'un nouveau support papier de prescription/administration avec check-list administration HAS en regard de la prescription.
Action n°6b: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière.
Dysfonctionnement n°7:
Action n°7: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque
Dysfonctionnement n°8:
Action n°8: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs
Dysfonctionnement n°9:
Action n°9: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre et affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel

E1-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Formalisation du circuit des anticancéreux par la PUI

Action n°1b: Formalisation du parcours patient en oncologie par le service de soins et réactualisation de la charte de fonctionnement de l'hôpital de jour

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables

Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers

Dysfonctionnement n°5:

Pas d'action

E1-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Rédaction d'un protocole sur l'administration des anticancéreux injectables par le service de soins/PUI.

Action n°1b: Révision du protocole "Maîtrise du circuit du médicament".

Action n°1c: Rédaction d'un protocole sur les médicaments à risque.(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°7)

Action n°1d: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables(Cf E1-EA3 Dysfonctionnement n°4)

Action n°1e: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers (Cf E1-EA3)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Mise en place d'un nouveau support papier de prescription/administration avec check-list administration HAS en regard de la prescription. (Cf E1-EA1

Dysfonctionnement n°6)

Action n°2b: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière.(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°6)

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+

E2-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réévaluation de l'indicateur "tenue du dossier patient"

E2-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Déploiement du logiciel de gestion du dossier patient en chirurgie ambulatoire (Cf E1-EA1 dysfonctionnement n°4)

E2-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1, 2, 3 et 4 :

Action n°1a: Formalisation du circuit des anticancéreux par la PUI (cf E1-EA3 dysfonctionnement n°1)

Action n°1b : Mise en place du double contrôle et rédaction des procédures

Action n°1c : Réalisation des travaux de mise en conformité de la PUI (Unité de reconstitution des anticancéreux), et maîtrise des conditions environnementales

Dysfonctionnement n°5 et 6 :

Action n°5 : Réalisation de travaux et déménagement

Dysfonctionnement n°7 :

Action n° 7 : Existence d'un protocole sur l'habillement

E2-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1 : Rédaction d'une procédure sur les traitements personnels des patients (cf E1-EA2 (EGP)/

Dysfonctionnement n°1)

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée

E2-EA5 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Déploiement du logiciel de gestion du dossier patient en chirurgie ambulatoire et en SSPI (cf E1-EA1 (Pt) Dysfonctionnement n°4 Action n°1)

Action n°1b : Mise en place d'un nouveau support papier de prescription/administration avec check-list administration HAS en regard de la prescription. (Cf E1-EA1

Dysfonctionnement n°6)

Action n°1c: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière.(Cf E1-EA1 Dysfonctionnement n°6)

E3-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacienne-Responsable de la PUI	Pharmacienne-Responsable de la PUI, Coordonnateur de la GdRAS, Cadre du pôle MCO, RSMQPECM, Service QGdR	OMEDIT Midi Pyrénées

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1, 2 et 3 : Action n°1: Révision du procédure "Maîtrise du circuit du médicament" Dysfonctionnement n°7 : Action n°7: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4:Déploiement du logiciel de gestion du dossier patient en chirurgie ambulatoire et en SSPI	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°6: Action n°6a: Mise en place d'un nouveau support papier de prescription/administration avec check-list administration HAS en regard de la prescription.	Réalisée	05/01/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°6: Action n°6b: Mise en place de la version 3 du logiciel Asclépios incluant la traçabilité de l'administration infirmière. Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Mise en place de l'interface dossier patient (Orbis)/logiciel Asclépios	En cours	04/05/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°8: Action n°8: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs Dysfonctionnement n°9: Action n°9: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre et affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel	Réalisée	16/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a:Formalisation du circuit des anticancéreux par la PUI	Réalisée	31/01/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b:Formalisation du parcours patient en oncologie par le service de soins et réactualisation de la charte de fonctionnement de l'hôpital de jour	Réalisée	31/12/14 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2:	Réalisée	24/02/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge</p> <p>Dysfonctionnement n°3:</p> <p>Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.</p>		
<p>E1-EA3 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°4:</p> <p>Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables</p>	En cours	16/03/15 00:00
<p>E1-EA3 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°4:</p> <p>Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers</p>	En cours	16/03/15 00:00
<p>E1-EA4 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1:</p> <p>Action n°1: Rédaction d'un protocole sur l'administration des anticancéreux injectables par le service de soins/PUI</p>	Réalisée	23/02/15 00:00
<p>Dysfonctionnement n°3:</p> <p>Action n°3: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+</p>	Réalisée	31/12/08 00:00
<p>E2-EA1 (EGP) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1:</p> <p>Action n°1: Réévaluation de l'indicateur "tenue du dossier patient"</p>	Réalisée	15/05/14 00:00
<p>E2-EA3 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1, 2 et 3 et 4:</p> <p>Action n°1a: Formalisation du circuit des anticancéreux par la PUI (cf E1-EA3 dysfonctionnement n°1)</p> <p>Action n°1b : Mise en place du double contrôle avec rédaction des procédures</p>	Réalisée	31/01/15 00:00
<p>E2-EA3 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1, 2, 3 et 4 :</p> <p>Action n°1c : Réalisation des travaux de mise en conformité de la PUI (Unité de reconstitution des anticancéreux), et maîtrise des conditions environnementales</p> <p>Dysfonctionnement n°5 et 6 :</p> <p>Action n°5 : Réalisation de travaux et déménagement</p>	Réalisée	31/12/14 00:00
<p>E2-EA3 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°7 :</p> <p>Action n°7 : Existence d'un protocole sur l'habillage</p>	Réalisée	31/12/14 00:00
<p>E2-EA4 (Pt) :</p> <p>Dysfonctionnement n°2 :</p> <p>Action n°2 : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée</p>	Prévue	30/06/15 00:00
<p>E3-EA1 (EGP) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit</p>	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Evaluation de la formation des référents sur les "never events"	Réalisée	24/02/15 00:00
E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réévaluation de l'indicateur "tenue du dossier patient"	Réalisée	15/05/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Plan d'action suivi par le COPIL Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011.(Dysfonctionnement n°1)
Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants.(Dysfonctionnement n°2)
Elle détaille également les règles de formulation des prescriptions, mais elle ne précise pas les règles d'utilisation du logiciel en place.(Dysfonctionnement n°3)
Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS, CME.
En SSR, le logiciel de gestion du dossier patient est en place et permet de réaliser la prescription informatisée. Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.
En revanche, les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°4)
Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens.(Dysfonctionnement n°5)
Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.(Dysfonctionnement n°6)

E1-EA2 (EGP) :
Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé.
Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel.(Dysfonctionnement n°1)
Cette information orale se fait principalement au cours de la prise en charge du patient durant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission, avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en oeuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission, et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

E1-EA3 (Pt) :
L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines spécificités ne sont pas traitées, comme la gestion des médicaments à risque.(Dysfonctionnement n°1)
La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables. Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations historiques, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant, des délivrances hors dotation sont mises en place.
Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.
Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en oeuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés.
Une grande partie des services a été équipée de nouvelles armoires de stockage des médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques à dispensation contrôlée et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés.(Dysfonctionnement n°2)
Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments « look alike » ou « sound alike »,.(Dysfonctionnement n°3) ni protocole de préparation des médicaments.(Dysfonctionnement n°4)
Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.(Dysfonctionnement n°5)
Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé, par camion dans des caisses dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique, pour améliorer la sécurisation du transport notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident.
L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.

E1-EA4 (Pt) :
Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.(Dysfonctionnement n°1)
Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.
La préparation des traitements oraux des patients, appelée «préparation des piluliers » est réalisée par les professionnels de nuit sur les services de SSR pour la totalité de la journée suivante.
Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour, après vérification avant administration, à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier informatisé grâce aux postes informatiques mobiles.
Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014 ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.
Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service, et une fiche de poste référent établie.
Il n'existe pas de support destiné aux professionnels répertoriant les dispositifs utilisés pour l'administration des médicaments, et les modalités d'utilisation ne sont pas définies.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA2 (EGP) :
L'analyse pharmaceutique sur le secteur est effective.
La dispensation nominative est réalisée uniquement pour les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.

E2-EA4 (Pt) :

L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments,(Dysfonctionnement n°1) cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée.(Dysfonctionnement n°2)
Cette réflexion récente n'a pas conduit à formaliser une procédure ou un support(Dysfonctionnement n°3) et n'a pas fait l'objet d'une évaluation.(Dysfonctionnement n°4)

E3-EA1 (Pt) :

L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration, sur un échantillon de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier (hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions, a été mené. L'établissement participe au recueil DREES des médicaments. Toutefois, la périodicité des audits du circuit du médicament n'est pas définie, et ils ne portent pas sur l'ensemble des étapes.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA2 (EGP) :

La COMEDIMS et la PUI ne réalisent pas de bilans sur les actions réalisées en matière de bon usage des médicaments.(Dysfonctionnement n°1)
Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP, dans le rapport d'étape du CBUM.
Les actions, visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois, sont pour la majorité issues de l'autoévaluation réalisée dans le cadre de la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée.
Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.(Dysfonctionnement n°2)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament"

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des règles de prescription pour les internes et les remplaçants

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3 : Révision de la procédure "Maîtrise du circuit du médicament" en tenant compte des différents logiciels en place dans les différents services.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque

Dysfonctionnement n°5:

Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs

Dysfonctionnement n°6:

Action n°6: Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts

E1-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre, et petite affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel

E1-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réalisation d'un protocole sur les AVK

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.

Dysfonctionnement n°4:

Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables

Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers

Dysfonctionnement n°5:

Pas d'action

E1-EA4 (Pt) :

Remarque : La préparation des traitements oraux des patients, appelée «préparation des piluliers » est réalisée par les professionnels de nuit sur le site de Saint Côme et par les professionnels de jour pour le site de Sainte Anne pour la totalité de la journée suivante.

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Réalisation d'un protocole sur les AVK (cf E1-EA3 (Pt)-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Action n°1b: Révision du protocole "Maîtrise du circuit du médicament".(Cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°1)

Action n°1c: Rédaction d'un protocole sur les médicaments à risque Cf E1-EA1-Dysfonctionnement n°4)

Action n°1d: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables Cf E1-EA3-Dysfonctionnement n°4-Action n°4a)

Action n°1e: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers (E1-EA3-Dysfonctionnement n°4-Action n°4b)

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+

E2-EA2 (EGP) :

Pas d'action

E2-EA4 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Rédaction d'une procédure sur les traitements personnels des patients (cf E1-EA2-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Action n°1b : Réalisation d'un protocole sur les AVK (cf E1-EA3 (Pt)-Dysfonctionnement n°1-Action n°1)

Dysfonctionnement n°2, 3 et 4 :

Action n°2a : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée sur les AVK

Action n°2b : Formation des professionnels sur les AVK

Action n°2c : Evaluation de cette formation

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit

E3-EA2 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation de bilans

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI	PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI, COORDONNATEUR DE LA GDRAS, CADRE DU POLE GERIATRIE, RSMQPECM, SERVICE QGDR	OMEDIT MIDI PYRENEES

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1, 2 et 3 : Action n°1: Révision du procédure "Maîtrise du circuit du médicament"	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°4 : Action n°4: Rédaction d'une procédure précisant les règles de prescription pour les médicaments à risque	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°5: Action n°5: Rédaction d'une procédure de recueil de signatures des prescripteurs	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°6: Action n°6:Etablissement d'une liste de prescripteurs avec leurs qualifications et statuts	En cours	31/03/15 00:00
E1-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Affichage sur panneau d'information publique, affichage dans chaque chambre, et petite affiche A5 dans le livret d'accueil d'un support d'information sur la gestion du traitement personnel	Réalisée	16/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un protocole sur les AVK	En cours	30/09/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Identification des médicaments à risque par une pastille rouge Dysfonctionnement n°3: Action n°3: Formation des référents sur les médicaments "look like" "sound like" "never events" et médicaments à risque avec mise à disposition de support.	Réalisée	24/02/15 00:00
E1-EA3 (Pt) : Dysfonctionnement n°4: Action n°4a: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des injectables Action n°4b: Rédaction d'un protocole sur la préparation et administration des piluliers	En cours	16/03/15 00:00
E1-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°2: Action n°2: Répertoire des dispositifs médicaux d'administration par service et mise à disposition des notices sur le logiciel Asset+	Réalisée	31/12/08 00:00
E2-EA4 (Pt) : Dysfonctionnement n°2, 3 et 4 : Action n°2a : Organisation, modalités d'informations des patients et traçabilité réalisée sur les AVK	En cours	30/09/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°2b : Formation des professionnels sur les AVK Action n°2c : Evaluation de cette formation		
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Réalisation d'un audit sur toutes les étapes du circuit	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réalisation de bilans	Prévue	31/12/15 00:00
E3-EA2 (EGP) : Dysfonctionnement n°2 : Action n°2 : Intégration des actions visant le bon usage au programme qualité global	Prévue	31/12/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 : Evaluation de la formation des référents sur les "never evens	Réalisée	24/02/15 00:00
E3-EA2 : Suivi du plan d'actions	Prévue	31/12/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

COMEDIMS, CME

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par le COPIL Qualité

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé en Santé mentale

Problematique:

E1-EA1 (Pt) :
L'établissement a formalisé une « Politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Cette dernière inclut un paragraphe intitulé « Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé » qui mentionne l'engagement de l'établissement à formaliser une politique de juste prescription et à améliorer ses pratiques, mais les objectifs, les actions programmées pour y parvenir ainsi que les modalités d'évaluation et de suivi ne sont pas précisés.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA1 (Pt) :
Le dossier patient en santé mentale n'est pas informatisé, ce qui ne permet pas de mettre à disposition des outils d'aide à la prescription par ce moyen comme dans les autres secteurs d'activité. (Dysfonctionnement n°1)
Des données de référence sont mises à disposition des professionnels via l'accès interne au dictionnaire VIDAL HOPTIMAL en ligne et d'un accès au système documentaire interne pour toutes les notes de service de la pharmacie/COMEDIMS.

E2-EA2 (Non) :
Aucune action n'a été menée auprès des professionnels de ce secteur sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (Non) :
Aucune évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en santé mentale n'a été réalisée.(Dysfonctionnement n°1)
Une évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la surveillance des patients traités par neuroleptiques au regard des recommandations de bonnes pratiques a été menée en 2013.
Cette EPP ne tenait pas compte de la spécificité des patients âgés.

E3-EA2 (Non) :
En l'absence d'évaluation, aucune action d'amélioration n'a été mise en oeuvre.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:
Action n°1a : Rédaction d'une politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
Action n°1b : Rédaction d'une politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

E2-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte

Action n°1b : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières en cours

E2-EA2 (Non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Rédaction d'une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée intégrant trois fiches: une liste des médicaments à risque, évaluation de risque iatrogène chez la personne âgée, évaluation bénéfice/risque

Action n°1b : Sensibilisation des professionnels sur la prescription médicamenteuse sur le sujet âgé sur le protocole.

Action n°1c : Formation des professionnels sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée par un psychiatre

Action n°1d : Formation sur la prescription des neuroleptiques chez la personne âgée démente par un pharmacien

Action n°1e : Formation sur la confusion mentale chez le sujet âgé

Action n°1f : Formation sur la prévention des chutes liées à la prise des médicaments

E3-EA1 (Non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Réalisation d'une évaluation sur le remplissage des fiches : évaluation de la fragilité, évaluation des traitements et évaluation des psychotropes avec mise en place d'indicateurs

E3-EA2 (Non) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Mise en place des actions d'amélioration

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI	PHARMACIENNE-RESPONSABLE DE LA PUI,COORDONNATEUR DE LA GDRAS,LES PROFESSIONNELS DU POLE SANTE MENTALE RSMQPECM, SERVICE QGDR	OMEDIT Midi Pyrénées

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Rédaction d'une politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient	En cours	15/03/15 00:00
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Rédaction d'une politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.	En cours	10/03/15 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte	Réalisée	31/12/14 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Déploiement de l'informatisation du dossier patient en santé mentale pour les structures extrahospitalières	En cours	31/12/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a : Rédaction d'une procédure sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée intégrant trois fiches: une liste des médicaments à risque, évaluation de risque iatrogène chez la personne âgée, évaluation bénéfice/risque	En cours	15/03/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Sensibilisation des professionnels sur la prescription médicamenteuse sur le sujet âgé sur le protocole.	En cours	16/03/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c : Formation des professionnels sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée par un psychiatre	Réalisée	18/02/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1d : Formation sur la prescription des neuroleptiques chez la personne âgée démente par un pharmacien	Réalisée	04/02/15 00:00
E2-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1e : Formation sur la confusion mentale chez le sujet âgé	Prévue	30/06/15 00:00
E2-EA2 (Non) :	Prévue	31/10/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Dysfonctionnement n°1: Action n°1f : Formation sur la prévention des chutes liées à la prise des médicaments		
E3-EA1 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Réalisation d'une évaluation sur le remplissage des fiches : évaluation de la fragilité, évaluation des traitements et évaluation des psychotropes avec mise en place d'indicateurs	Prévue	16/04/15 00:00
E3-EA2 (Non) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Mise en place des actions d'amélioration	Prévue	01/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA1 (Non) : Indicateur : Taux de remplissage de la fiche évaluation de la fragilité chez la PA	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA1 (Non) : Indicateur : Taux de remplissage de la fiche évaluation des traitements chez la PA	En cours	30/04/15 00:00
E3-EA1 (Non) : Indicateur : Taux de remplissage de la fiche évaluation des psychotropes chez la PA	En cours	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions au vue des résultats des indicateurs

Validation institutionnelle:

COMEDIMS,CME

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'action par le Copil qualité

Titre du projet d'amélioration:

Sécuriser davantage les processus du bloc opératoire

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

L'activité chirurgicale est répartie sur deux sites. Le site du puits de Calès connaît, au moment de la visite, des travaux d'extension, et utilise quatre salles d'opération essentiellement dédiées à la chirurgie en hospitalisation complète et à une activité minoritaire de chirurgie ambulatoire. Le site de Saint-Côme comporte trois salles d'opération dédiées à la chirurgie ambulatoire, dont une pour l'ophtalmologie et une également utilisée pour l'endoscopie.(Dysfonctionnement n°1)

Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires ont été identifiés mais de manière globale, au moyen d'une cartographie des risques finalisée en 2013. Ils ne font pas de différenciation suivant les sites et les types de prise en charge.(Dysfonctionnement n°2)

Des actions d'amélioration prioritaires ont été repérées, mais le programme d'action de réduction des risques n'est pas finalisé.(Dysfonctionnement n°3)

L'établissement prévoit une révision de la cartographie après centralisation de l'ensemble de l'activité chirurgicale sur le site de Puits de Calès fin 2014.

E1-EA2 (Pt) :

La démarche qualité comprend l'engagement de la Direction, l'existence d'un système documentaire entretenu, le management (responsabilités, organisation du travail, communication interne), la

formation y compris celle d'intégration des nouveaux arrivants, la gestion des événements indésirables et les outils de suivi et d'évaluation en vue des actions d'amélioration. Cependant, elle ne permet pas la maîtrise complète des risques liés aux contraintes architecturales.

Sur le site du Puits de Calès, deux salles d'opération ont des portes en bois sans joint d'étanchéité. Un « catgutier » non fermé est fixé au mur d'un couloir d'accès aux salles d'opération.

Sur le site de Saint-Côme, les salles d'opération sont également munies de portes battantes en bois, et les revêtements muraux (carrelages et surfaces peintes) présentent des aspérités et sont parfois écaillés, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de bionettoyage optimale.(Dysfonctionnement n°1)

L'établissement a engagé des travaux, en cours au moment de la visite, visant à la fermeture du bloc du site de Saint-Côme et la rénovation de celui du site du Puits de Calès.

La Charte de fonctionnement des blocs opératoires reprend des éléments de la démarche qualité notamment concernant la prise en charge du patient et la logistique, mais il n'existe pas de manuel qualité formalisant une démarche totalement structurée et coordonnée pour l'ensemble de l'activité interventionnelle, en particulier dans la perspective du regroupement des activités sur le site Puits de Calès.(Dysfonctionnement n°2)

Concernant la gestion documentaire, les professionnels interrogés au cours de la visite avaient parfois du mal à retrouver les protocoles et procédures.(Dysfonctionnement n°3)

E1-EA4 (EGP) :

Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge périopératoire en secteur d'hospitalisation complète et ambulatoire.

Cependant, sur le site du Puits de Calés, plusieurs fiches d'anesthésie dans les services de chirurgie A et B ne comportent pas la validation de la visite préanesthésique.(Dysfonctionnement n°1)
Sur le site Saint-Côme, deux dossiers ambulatoires montrent des pratiques de signature anticipée du document « d'aptitude à la rue" par les praticiens anesthésistes ou chirurgiens responsables.(Dysfonctionnement n°2)
L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 87 % avec un intervalle de confiance de [83 % - 90 %] pour la campagne de recueil 2011.

E1-EA5 (Pt) :

Il existe un système d'information au bloc opératoire qui permet la gestion des soins. Cependant, il n'est pas intégré au système d'information hospitalier.(Dysfonctionnement n°1)
À noter que l'établissement ne recueille pas l'indicateur « Hôpital numérique », « Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation ».(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA4 (EGP) :

Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés. Cependant, certaines pratiques observées ne respectent pas les attendus : plusieurs fiches d'anesthésie sans validation de la visite préanesthésique ; signature anticipée du document « d'aptitude à la rue". (Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Regroupement de l'activité chirurgicale sur le bloc du Puits de Calés

Commentaires: Le bloc St Côme a été fermé le 6 novembre 2014 et toute l'activité chirurgicale a été transférée sur le bloc du Puits de Calés à partir du 17 novembre 2014. Les travaux ont permis d'améliorer les flux patients et personnel, conformément aux recommandations, avec une marche en avant pour le patient. Deux circuits patients ont été mis en place : 1 pour l'ambulatoire et 1 pour le conventionnel. Les patients ambulatoires arrivent directement dans le SAS de transfert du bloc, y sont transférés sur les tables d'interventions pour être ensuite dirigés vers les salles d'interventions. Concernant les patients dits conventionnels, ils sont accueillis en SSPI, où ils sont techniqués, une ultime vérification du dossier y est alors réalisée et si nécessaire une prémédication peut être réalisée. De la SSPI, ils sont transférés sur les tables d'interventions et dirigés vers les salles de bloc.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2a: Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calés, pour l'ambulatoire et l'endoscopie digestive en se servant de la cartographie validée en Midi Pyrénées.

Commentaires: Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles pour l'ambulatoire et l'endoscopie.

Action n°2b: Réévaluation de la cartographie des risques du bloc conventionnel.

Commentaires: La révision de la cartographie des risques du bloc conventionnel a été faite en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3a: Rédaction d'un plan d'actions pour les risques identifiés en ambulatoire et en endoscopie.

Commentaires: Des actions d'amélioration ont été identifiées et priorisées dans un plan d'actions par type d'intervention.

Action n°3b: Mise à jour du plan d'actions suite à la révision de la cartographie du bloc conventionnel.

E1-EA2 (Pt):

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Regroupement de l'activité chirurgicale sur le bloc du Puits de Calés (Cf E1-EA1 (Pt)-

Dysfonctionnement n°1- Action n°1)

Action n°1b : Travaux d'aménagement du bloc du Puits de Calés pour le rapatriement de l'activité ambulatoire.

Commentaires: Les portes en bois ont été supprimées dans les pré anesthésies et remplacées par des portes automatiques. Les sols ont été refaits dans pratiquement toutes les zones. Le catgutier, présent au moment de la visite dans un couloir, du fait des travaux, a retrouvé sa place dans un arsenal de matériel dit "stérile".

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2: Rédaction d'un manuel qualité

Commentaires: Un manuel qualité a été réalisé, formalisant la démarche qualité au bloc en intégrant la nouvelle organisation liée au rapatriement de l'ambulatoire. La charte de fonctionnement a également été ré actualisée, en intégrant la nouvelle organisation liée au rapatriement de l'ambulatoire sur le Puits de Calés.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3:Information/formation des professionnels sur la recherche documentaire sur l'Intranet.

Commentaires: Le personnel a eu la connaissance de la procédure "Recherche d'un document qualité via l'intranet" PROCED QPR DQC TRA 043 prouvé par la liste de diffusion de ce document qualité et du retour du bordereau de diffusion par les correspondants qualité de chaque service. En complément, les professionnels ont eu 3 sessions de formation par le service informatique au cours du second semestre 2014 sur la recherche documentaire via l'intranet et d'autres sessions de formation sont proposées par le service informatique pour le 1er semestre 2015. De plus, le cadre bloc a personnellement montré à différentes reprises aux agents du bloc son utilisation, la recherche documentaire/ protocole et la rédaction d'une fiche d'EI par voie informatique. Par conséquent, le personnel dispose de la connaissance de la ressource informatique et utilise désormais l'intranet pour rechercher un protocole.

E1-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1: Sensibilisation des MAR à la signature de la visite pré-anesthésique conformément à la réglementation.

Commentaires : Avec le rapatriement de l'ambulatoire sur le Puits de Calés, et la volonté de développer cette activité pour arriver à 60% en 2016, des liens supplémentaires ont été mis en place entre les cadres de l'UCA et du bloc opératoire. Chaque semaine le remplissage de l'ambulatoire est vérifié pour la semaine N+2 et N+1, afin d'éviter un sur ou sous remplissage. En fonction du remplissage du bloc et de l'UCA des interventions supplémentaires peuvent être intégrées ou déplacées.

Ceci donne lieu à des indicateurs de suivi journaliers, du nombre et pourcentage d'ambulatoire, mais aussi du taux d'occupation du bloc

Concernant la chirurgie conventionnelle, une concertation encore plus étroite a été mise en place entre les cadres du bloc et de chirurgie, afin que chaque patient puisse être appeler avant son intervention, sur le modèle de l'appel de la veille pour l'ambulatoire. Cet appel lui précise l'heure à laquelle il devra entrer, en fonction de son ordre de passage au bloc et il lui sera rappelé toutes les recommandations d'usages.

L'organisation des anesthésistes a été modifiée avec le rapatriement, de façon à créer les conditions pour que la VPA soit réalisée et signée.

L'anesthésiste de garde la réalise pour tous les patients entrant la veille. Chaque jour, 1 anesthésiste bien identifié sur le planning arrive à 7h30 et se rend en UCA pour voir les 1ers patients. Ensuite tous les autres patients seront vus au cours de leur arrivée par un MAR, qui réalisera et signera la VPA.

Le responsable de l'anesthésie a également rappelé à tous ses collègues leur obligation de réaliser et signer la VPA avant l'intervention.

Le cadre du bloc informe chaque anesthésiste remplaçant de l'organisation en place sur le bloc, en leur remettant le planning hebdomadaire dès leur arrivée. Il leur rappelle également l'organisation mise en place pour réaliser les VPA, chaque MAR étant responsable du programme réalisé dans 2 salles d'intervention, en collaboration avec un IADE par salle.

Le personnel IADE a également été sensibilisé en staff et en conseil de bloc sur l'obligation de l'anesthésiste de signer la VPA. Il a été décidé au conseil de bloc du mois de février 2015 de ne plus entrer les patients en salle si la VPA n'est pas signée.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Sensibilisation des personnels paramédicaux et médicaux sur la nouvelle organisation: signature de l'aptitude à la rue par le chirurgien référent juste avant la sortie.
 Commentaires: Plusieurs réunions, puis la validation de la charte de l'ambulatoire et 1 RMM ont permis de rappeler que l'aptitude à la rue devait être signée par les praticiens ayant réalisés l'intervention et ceci juste avant la sortie du patient. Un affichage a été mis dans les vestiaires à l'attention des praticiens pour rappel. Une lettre du Directeur a été envoyée à un chirurgien sur cette règle de signature de l'aptitude à la rue.

E1-EA5 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Achat du logiciel de bloc Orbis et livraison.

Action n°1b: Paramétrage et mise en place du logiciel (planning du déploiement prévu est réalisé)

Commentaires: Le paramétrage permettra d'intégrer le système d'information hospitalier au logiciel patient.

Action n°1c: Formation des utilisateurs prévue dans le planning de déploiement.

E1-EA5 (Pt) :

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Paramétrage et mise en place du logiciel.(cf E1-EA5 (Pt)-Dysfonctionnement n°1-Action n°1b)

Commentaires: Le paramétrage permettra de recueillir de façon exhaustive l'indicateur "Hôpital numérique".

E2-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a: Sensibilisation des MAR à la signature de la visite pré-anesthésique conformément à la réglementation.(cf E1-EA4-Dysfonctionnement n°1).

Action n°1b: Sensibilisation des personnels paramédicaux et médicaux sur la nouvelle organisation: signature de l'aptitude à la rue par le chirurgien référent juste avant la sortie (cf E1-EA4-Dysfonctionnement n°2-Action n°2)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Cadre du bloc opératoire	Anesthésistes, Coordonnateur médicale du bloc opératoire, cadre de santé, IADE, IBODE, AS	Service Qualité-Gestion des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1:Regroupement de l'activité chirurgicale sur le bloc du Puits de Calés	Réalisée	17/11/14 00:00
E1-EA1(Pt): Dysfonctionnement n°2: Action n°2a: Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calés, pour l'ambulatoire et l'endoscopie digestive en se servant de la cartographie validée en Midi Pyrenées.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1(Pt): Dysfonctionnement n°2: Action n°2b : Réévaluation de la cartographie des risques du bloc conventionnel.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1(Pt): Dysfonctionnement n°3: Action n°3a:Rédaction d'un plan d'actions pour les risques identifiés en ambulatoire et en endoscopie.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1(Pt): Dysfonctionnement n°3: Action n°3b: Mise à jour du plan d'actions suite à la révision de la cartographie du bloc conventionnel.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA2 (Pt): Dysfonctionnement n°1: Action n°1b : Travaux d'aménagement du bloc du Puits de Calés pour le rapatriement de l'activité ambulatoire.	Réalisée	17/11/14 00:00
E1-EA2 (Pt): Dysfonctionnement n°2 : Action n°2: Rédaction du manuel qualité	Réalisée	02/02/15 00:00
E1-EA2 (Pt): Dysfonctionnement n°3: Action n°3:Information/Formation des professionnels sur la recherche documentaire sur l'Intranet.	Réalisée	31/10/14 00:00
E1-EA4 (EGP) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1: Sensibilisation des MAR à la signature de la visite pré-anesthésique conformément à la réglementation.	Réalisée	13/02/15 00:00
E1-EA4(EGP): Dysfonctionnement n°2: Action n°2:Sensibilisation des personnels paramédicaux et médicaux sur la nouvelle organisation: signature de l'aptitude à la rue par le chirurgien référent juste avant la sortie.	Réalisée	30/01/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1a: Achat du logiciel de bloc Orbis et livraison.	Réalisée	02/03/15 00:00
E1-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1b: Paramétrage et mise en place du logiciel.	En cours	30/06/15 00:00
E1-EA5 (Pt) : Dysfonctionnement n°1: Action n°1c: Formation des utilisateurs du logiciel.	Prévue	15/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(Pt): Suivi de l'avancé des plans d'actions	Réalisée	30/11/14 00:00
E1-EA4 (EGP): Evaluation des dossiers pour signature de l'aptitude à la rue	Prévue	30/06/15 00:00
E1-EA5 (Pt) :Recueil de l'indicateur "Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation ».	En cours	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Révision des cartographies des risques tous les 2ans.
Suivi du plan d'action au fil de l'eau et évaluation 1 fois par an en Conseil de bloc.
Révision du manuel qualité tous les 2ans.
Suivi des actions suites aux RMM et cartographies à chaque Conseil de bloc.

Validation institutionnelle:

Direction des soins, service qualité-gestion des risques

Planification des revues de projet:

Suivi:
-au fil de l'eau.
-au Conseil de bloc qui se réunit 4 fois par an.
-1 fois par an lors d'une CME.

Titre du projet d'amélioration:

Sécuriser davantage les processus du bloc opératoire

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :

L'activité d'endoscopie est réalisée principalement en ambulatoire sur le site de Saint-Côme et minoritairement en hospitalisation complète ou ambulatoire sur le site du Puits de Calès. (Dysfonctionnement n°1)

Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires et de l'activité d'endoscopie ont été identifiés, mais de manière globale au moyen d'une cartographie des risques finalisée en 2013. Il n'y a pas de différenciation suivant les sites et les types de prise en charge.(Dysfonctionnement n°2)

Des actions d'amélioration prioritaires ont été repérées, mais le programme d'action de réduction des risques n'est pas finalisé. (Dysfonctionnement n°3)

L'établissement prévoit une révision de la cartographie après centralisation de l'ensemble de l'activité endoscopique sur le site de Puits de Calès fin 2014.

E1-EA2 (Pt) :

La démarche qualité inclut l'engagement de la Direction, l'existence d'un système documentaire, l'organisation du secteur, les ressources humaines (formation, sécurité au travail), la gestion des installations et endoscopes, la gestion de l'air et déchets de soins, la prise en charge du patient et son suivi (parcours du patient en secteur ambulatoire), la gestion des risques ainsi que l'information du patient en cas de dommage associé aux soins, les outils de suivi et d'évaluation.

Un audit de la procédure de décontamination des endoscopes a été réalisé en 2013 sur le site du Puits de Calès. Cependant, sur le site de Saint-Côme, site principal d'endoscopie, les salles interventionnelles sont munies de portes battantes en bois, et les revêtements muraux (carrelages et surfaces peintes, parfois écaillés) présentent des aspérités, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de bionettoyage optimale.(Dysfonctionnement n°1)

L'établissement a engagé des travaux, en cours au moment de la visite, visant à la fermeture du bloc du site de Saint-Côme et à la rénovation de celui du site du Puits de Calès.

La Charte de fonctionnement des blocs opératoires reprend des éléments de la démarche qualité mais il n'existe pas de manuel

qualité formalisant une démarche totalement structurée et coordonnée pour l'ensemble de l'activité endoscopique dans la perspective de son transfert vers le site Puits de Calès. (Dysfonctionnement n°2)

E1-EA4 (EGP) :

Le système d'information du secteur est en place et permet la gestion des soins. Cependant, il n'est pas intégré au système d'information hospitalier.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1:Regroupement de l'activité chirurgicale sur le bloc du Puits de Calès

Commentaires: Le bloc St Côme a été fermé le 6 novembre 2014 et toute l'activité chirurgicale a été transférée sur le bloc du Puits de Calès à partir du 17 novembre 2014. Les travaux ont permis d'améliorer les flux patients et personnel, conformément aux recommandations, avec une marche en avant pour le patient. Deux circuits patients ont été mis en place : 1 pour l'ambulatoire et 1 pour le conventionnel. Les patients ambulatoires arrivent directement dans le SAS de transfert du bloc, ils sont transférés sur un brancard de bloc opératoire et sont ensuite dirigés vers les salles d'interventions. Concernant les patients dits conventionnels, ils sont accueillis en SSPI, où ils sont techniqués, une ultime vérification du dossier y est alors réalisée et si nécessaire une premedication peut être réalisée. Ils sont transférés sur les brancards de bloc et dirigés en salles d'interventions.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calès pour l'endoscopie digestive en se servant de la cartographie validée en Midi Pyrénées.

Commentaires: Plusieurs réunions en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le service Qualité/gestion des risques ont permis le remplissage des grilles pour l'endoscopie.

Dysfonctionnement n°3:

Action n°3: Rédaction d'un plan d'actions pour les risques identifiés en endoscopie.

Commentaires: Des actions d'amélioration ont été identifiées et priorisées dans un plan d'actions.

E1-EA2 (Pt):

Action supplémentaire : Audit sur les endoscopes dans le cadre du réseau RAISIN sous l'égide du CCLIN, inséré dans le plan d'actions du CLIN, prévue au second semestre 2015.

Dysfonctionnement n°1:

Action n°1a : Regroupement de l'activité chirurgicale sur le site du bloc de Puits de Calès

Commentaire : Fermeture de la chirurgie ambulatoire du site Saint Côme

Action n°1b:Travaux d'aménagement du bloc du Puits de Calès pour le rapatriement de l'activité ambulatoire.

Commentaires: Une salle de traitement des endoscopes a été créée, respectant une marche en avant dans la décontamination/ traitement des endoscopes. Cette salle est attenante à la salle d'endoscopie, qui dispose d'une porte pour sortir le matériel dit « sale » et une porte pour entrer le matériel dit « propre » : il n'y a pas de croisement de propre et de sale. Les portes en bois du site Puits de Calès ont été supprimées dans les pré anesthésies et remplacées par des portes automatiques. Les sols ont été refaits dans pratiquement toutes les zones.

Dysfonctionnement n°2:

Action n°2: Rédaction d'un manuel qualité

Commentaires: Le manuel qualité formalise la démarche qualité au bloc en intégrant la nouvelle organisation liée au rapatriement de l'ambulatoire.

E1-EA4 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1:
 Action n°1a: Achat du logiciel de bloc Orbis et livraison.
 Action n°1b: Paramétrage et mise en place du logiciel (planning du déploiement prévu est réalisé)
 Commentaires: Le paramétrage permettra d'intégrer le système d'information hospitalier au logiciel patient.
 Action n°1c: Formation des utilisateurs du logiciel.

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Cadre du bloc opératoire	Anesthésistes, coordonnateur médical du bloc opératoire, cadre de santé, IADE, IBODE, AS	Service Qualité-Gestion des risques

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(Pt):Regroupement de l'activité chirurgicale sur le bloc du Puits de Calés	Réalisée	17/11/14 00:00
E1-EA1(Pt):Réalisation d'une cartographie des risques au bloc, sur le site unique du bloc du Puits de Calés, pour l'endoscopie digestive en se servant de la cartographie validée en Midi Pyrenées.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA1(Pt): Rédaction d'un plan d'actions pour les risques identifiés en endoscopie.	Réalisée	11/02/15 00:00
E1-EA2(Pt): Travaux d'aménagement du bloc du Puits de Calès pour le rapatriement de l'activité ambulatoire	Réalisée	17/11/14 00:00
E1-EA2(Pt): Rédaction du manuel qualité	Réalisée	02/02/15 00:00
E1-EA4(EGP): Achat du logiciel de bloc Orbis et livraison.	Réalisée	02/03/15 00:00
E1-EA4(EGP): Paramétrage et mise en place du logiciel.	En cours	30/06/15 00:00
E1-EA4(EGP): Formation des utilisateurs du logiciel.	Prévue	15/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) :Suivi de l'avancé du plan d'actions	En cours	30/11/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Révision de la cartographie des risques tous les 2ans.
Suivi du plan d'action au fil de l'eau et évaluation 1 fois par an en Conseil de bloc.
Révision du manuel qualité tous les 2ans.
Suivi des actions suites aux RMM et cartographie à chaque Conseil de bloc.

Validation institutionnelle:

Direction des soins, service Qualité-gestion des risques

Planification des revues de projet:

Suivi:
-au fil de l'eau.
-au Conseil de bloc qui se réunit 4 fois par an.
-1 fois par an lors d'une CME.

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer les EPP sur la pertinence des soins

Problématique:

E1-EA1 (Pt) :
Il n'y a pas de réflexion formalisée, concertée et périodique, qui permette, selon une méthode définie, d'identifier les enjeux liés à la pertinence des soins au sein des différents secteurs.(Dysfonctionnement n°1)
L'établissement a identifié en 2009 une revue de pertinence en imagerie et une revue de pertinence médicamenteuse.

E2-EA1 (Pt) :
Il n'y a pas de déploiement de revues de pertinence dans les différents secteurs identifiés par une réflexion concertée et périodique de la Commission EPP.(Dysfonctionnement n°1)
L'établissement a mené à terme en 2009 une revue de pertinence en imagerie, et débuté en 2009 une revue de pertinence médicamenteuse qui était au moment de la visite au niveau de l'étape 3.

E3-EA1 (Pt) :
En l'absence de déploiement de revues de pertinence dans les différents secteurs identifiés par une réflexion concertée et périodique de la Commission EPP, il n'y a pas de mesures d'impact possible dans les différents pôles ou services.(Dysfonctionnement n°1)
Le suivi de la revue de pertinence médicamenteuse en cours est assuré.

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Mettre en place des EPP sur la pertinence des soins et des indicateurs de pratiques cliniques
Commentaires : Choix des thématiques validé en CME du 13 mai 2014

E2-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant la recherche bibliographie à périodicité définie des thématiques susceptibles d'être déployées sur le CH

E3-EA1 (Pt) :
Dysfonctionnement n°1 :
Action n°1 : Mettre en place un suivi des actions d'améliorations des différentes EPP

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Co-présidentes de la Commission EPP	Commission EPP, Service Qualité-Gestion des Risques	Commission EPP, Service Qualité-Gestion des Risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Mettre en place des EPP sur la pertinence des soins et des indicateurs de pratiques cliniques	Réalisée	13/05/14 00:00
E2-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Reprendre la politique de la commission EPP en ajoutant la recherche bibliographie à périodicité définie des thématiques susceptibles d'être déployées sur le CH	En cours	15/03/15 00:00
E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Mettre en place un suivi des actions d'améliorations des différentes EPP	En cours	15/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Suivi du plan d'actions de la commission EPP	Réalisée	10/03/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions de la commission EPP, suivi de l'état d'avancement des EPP
--

Validation institutionnelle:

Commission EPP, CME

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions de la commission EPP par la commission 4 fois par an au minimum

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

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

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

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

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

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Engagement du CH dans le développement durable

Problematique:

E1-EA1 (non) :

L'établissement n'a pas réalisé de diagnostic « développement durable ». (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA1 (non) :

L'établissement ne dispose pas d'un programme pluriannuel d'actions afférent au développement durable. (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (EGP) :

Des actions de sensibilisation au développement durable ont été conduites auprès des professionnels (tri des déchets, maîtrise des consommations). Toutefois, elles ne relèvent pas d'un programme institutionnel d'information et de communication sur les objectifs de l'établissement. (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (non) :

L'établissement n'a pas mis en oeuvre d'action de communication sur ses objectifs en matière de développement durable en direction des acteurs sociaux, culturels et économiques locaux. (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (non) :

Du fait de l'absence de programme pluriannuel, l'établissement ne met pas en oeuvre de mesures de suivi particulières. (Dysfonctionnement n°1)

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Sensibilisation des professionnels au Développement Durable

Présentation d'actions concrètes réalisées

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directrice de la logistique et des Investissements	Direction de la logistique et des Investissements	ADEME

Echéancier de réalisation :

<p>E1-EA1 (non) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Réaliser du diagnostic développement durable</p> <p>Etat : Réalisé. Date : Juin 2014</p>
<p>E2-EA1 (non) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n°1 : Elaborer un plan d'actions développement durable</p> <p>Etat : En cours. Date : 21/09/2015</p>
<p>E2-EA2 (EGP) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Mise en place d'une comité de développement durable et d'une politique pluriannuelle</p> <p>Etat : En cours. Date : 21/09/2015</p>
<p>E2-EA3 (non) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Rédaction d'articles de communication dans les journaux.</p> <p>Etat : Prévus. Date : 21/03/2016</p>
<p>E3-EA1 (non) :</p> <p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Mise en place d'un suivi d'actions</p> <p>Etat : Prévus. Date : 31/12/2016</p>

Modalités d'évaluation :

E1-EA1 (non) : Bilan de gaz à effets de serre

E2-EA1 (non) : Suivi du plan d'actions

E2-EA2 (EGP) : Nombre de réunions du comité de développement durable

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions développement durable

Validation institutionnelle:

comité de développement durable et instances

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions développement durable par le comité de développement durable

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Plan de Retour à l'Equilibre

Problematique:

E1-EA1 (Pt) :
L'établissement est confronté à des difficultés financières importantes qui l'ont conduit à présenter un second plan de retour à l'équilibre à l'Agence Régionale de Santé. La définition de ce plan a été réalisée avec l'aide d'un consultant.
Dans le cadre de ce dernier, des objectifs d'amélioration de l'efficience des organisations ont été formulés, et sont en cours de négociation avec l'autorité de Tutelle.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA1 (EGP) :
Dans le cadre de l'élaboration de son plan de retour à l'équilibre, l'établissement a conduit des réflexions sur certains de ses processus de production (adaptation des capacités d'accueil aux variations d'activité, regroupement des activités interventionnelles, circuit du médicament, développement de l'hospitalisation de semaine).
Cependant, l'impact de ces études sur la situation financière est en cours de finalisation.(Dysfonctionnement n°1)

E3-EA1 (Pt) :
Les résultats des différents audits et études ont donné lieu à des actions en cours de mise en oeuvre.
La principale concerne les travaux pour le regroupement de l'activité interventionnelle sur le site du Puits de Calès.
Sont concernés également le dimensionnement des unités et les activités pendant la permanence des soins.(Dysfonctionnement n°1)

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Maîtrise des situations budgétaire et financière

Equilibre budgétaire et financier

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur des finances	directeurs, médecins, cadres, soignants, contrôleur de gestion	KPMG, IRIS SANTE

Echéancier de réalisation :

<p>E1-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Mise en œuvre du Plan de Retour à l'Equilibre en cours de négociation. Etat : En cours. Commentaires : la poursuite de la dégradation de la situation financière de l'établissement a amené la direction à saisir la DGOS en lien avec l'ARS en vue de trouver des solutions de court et moyen termes, l'ARS ne pouvant s'engager à hauteur du besoin. Néanmoins l'établissement met en œuvre les actions prévues dans la réalisation des objectifs d'efficience.</p> <p>E2-EA1 (EGP) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Etude d'impact des actions du PRE sur la situation financière de l'établissement Etat : Réalisée en mai 2014 Commentaires : Cette étude d'impact a été réalisée en collaboration avec le cabinet d'audit KPMG.</p> <p>E3-EA1 (Pt) : Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Mise en œuvre des actions de restructuration Etat : En cours Commentaires : l'unification des blocs ambulatoire et conventionnel est effective depuis novembre 2014 ; la restructuration des hébergements avec la création d'une aile dédiée à l'ambulatoire et la réduction du nombre de lits de chirurgie seront effectifs à compter du 1er avril 2015 ; l'optimisation du recours à la permanence des soins est réalisée au bloc opératoire, mais reste les chantiers relatifs au recours au laboratoire et à l'imagerie, ainsi que la question de la seconde ligne de garde aux urgences la nuit.</p>

Modalités d'évaluation :

<p>E1-EA1 (Pt) : Suivi de la mise en œuvre du PRE avec comparaison entre objectif fixé et réalisation. E2-EA1 (EGP) : Rapport d'audit de KPMG. E3-EA1 (Pt) : Suivi de la mise en œuvre du PRE avec comparaison entre objectif fixé et réalisation.</p>
--

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions.

Validation institutionnelle:

Directoire

Planification des revues de projet:

Point trimestriel des groupes de travail dédiés à chaque action du PRE.

PLAN D'ACTION

CHAPITRE 1 : Management de l'établissement

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5.c : Gestion documentaire

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion documentaire de l'établissement

Problematique:

E1-EA1 (EGP) :

Un dispositif de gestion documentaire est en place. Il est décrit dans une procédure de gestion documentaire de mai 2013 faisant référence aux classeurs qualité diffusés dans les services.

Cependant, cette procédure ne décrit pas les modifications de modalités d'accès à l'information consécutives à l'introduction récente d'un logiciel informatique de gestion documentaire

disponible sur l'intranet de l'établissement. Une procédure en date du 22/01/2014 complète la procédure de gestion documentaire. (Dysfonctionnement n°1)

Cependant, divers documents (protocoles, procédures, notes d'information, etc.), produits dans les différents secteurs d'activité, échappent à la gestion documentaire institutionnelle.(Dysfonctionnement n°2)

E2-EA1 (EGP) :

Les professionnels ont connaissance des classeurs qualité disponibles dans les services. Cependant, de nombreux professionnels ne connaissent pas encore les deux autres points

d'entrée informatiques disponibles (intranet et base de données esoins), la manière de les utiliser et leur articulation avec les documents papier.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (Pt) :

Les experts-visiteurs ont constaté, à plusieurs reprises, les difficultés des professionnels à trouver dans les classeurs qualité, les documents leur permettant de vérifier, si nécessaire, si leurs pratiques étaient conformes aux protocoles et procédures en vigueur dans l'établissement. La capacité d'accéder à ces mêmes informations par voie informatique est également hétérogène. Les informations sont accessibles, mais les différents moyens disponibles ne sont pas maîtrisés par l'ensemble des professionnels.(Dysfonctionnement n°1)

E2-EA3 (Pt) :

Des mises à jour des documents sont effectuées en fonction des besoins identifiés par les professionnels ou les instances de l'établissement. La CME a identifié, en avril 2013, une liste de procédures antérieures à 2008 qui nécessiterait d'être mises à jour ou revalidées. Cependant, la procédure de gestion documentaire ne précise pas la périodicité de révision des documents en fonction, par exemple, de leur domaine d'application.(Dysfonctionnement n°1)

Certains documents ne portent pas de numéro de version, pas de date ou existent en doublon.(Dysfonctionnement n°2)

E3-EA1 (Pt) :

Il n'existe pas de dispositif d'évaluation périodique du système documentaire et de sa capacité à diffuser l'information, de manière fiable, dans l'ensemble des secteurs d'activité.(Dysfonctionnement n°1)

L'introduction récente d'un logiciel informatique de gestion documentaire s'inscrit dans une démarche d'amélioration du système documentaire, mais n'apparaît pas totalement maîtrisée au moment de la visite.(Dysfonctionnement n°2)

--

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Poursuivre l'informatisation des documents qualité	Avoir une gestion documentaire harmonisée Avoir un seul point d'accès à la recherche documentaire

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur du Système d'information	Service qualité-gestion des risques, Service communication	Société YES, Service informatique

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Reprendre la procédure de gestion documentaire .

Etat : En cours : Reprise du protocole. En cours de relecture et de signature

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2a : Relancer les cadres et chefs de service pour récupérer tous les procédures, protocoles "sauvages"

Etat : Réalisée : Un mail a été envoyé à tous les cadres et chefs de service leur demandant d'envoyer au service Qualité/Gestion des risques les procédures ou protocoles "sauvage" afin de les mettre sous les maquettes institutionnelles.

Action n°2b : Réaliser des maquettes vierges utilisables par tous après validation institutionnelle

Etat : Réalisée : Depuis de nombreuses années, les maquettes procédure, protocole, fiche techniques existent et sont disponibles auprès de tous les rédacteurs. Depuis mars 2014, ont été validés en tant que maquette institutionnelle : feuille d'émargement, CR de réunion, courrier type, page vierge avec logo de l'hôpital et note de service.

Action n°2c : Diffuser ces maquettes vierges sur l'intranet.

Etat : Réalisée : Toutes les maquettes sont disponibles sur la page d'accueil de l'intranet partie "Communication". Une note de service a été diffusée à tout le personnel par mail sur la disponibilité de ces maquettes sur l'intranet.

E2-EA1 (EGP) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Former/informer les professionnels sur la recherche documentaire sur l'Intranet.

Etat : Réalisée : Le personnel a eu la connaissance de la procédure "Recherche d'un document qualité via l'intranet" PROCED QPR DQC TRA 043 prouvé par la liste de diffusion de ce document qualité et du retour du bordereau de diffusion par les correspondants qualité de chaque service. De plus, cette procédure est à disposition de tous les professionnels sur l'intranet. En complément, les professionnels ont eu 3 sessions de formation par le service informatique au cours du second semestre 2014 sur la recherche documentaire via l'intranet et d'autres sessions de formation sont proposées par le service informatique pour le 1er semestre 2015.

Action n°1b : Transférer E-Soins + sur intranet.

Etat : Réalisée : Le portail e-soins + a été basculé sur l'intranet depuis février 2015 afin d'avoir une seule entrée de recherche documentaire.

Action n°1c : Retirer tous les classeurs qualité dans les services.

Etat : Prévus : Juin 2015

E2-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Retirer tous les classeurs qualité dans les services.

Etat : Prévus: Juin 2015

Action n°1b :Former les professionnels sur la recherche documentaire sur l'Intranet

Etat : Réalisée : Les professionnels ont eu 3 sessions de formation par le service informatique au cours du second semestre 2014 sur la recherche documentaire via l'intranet et d'autres sessions de formation sont proposées par le service informatique pour le 1er semestre 2015. De plus, l'ensemble des correspondants qualité a été formé à l'utilisation de la recherche documentaire informatisée lors des deux réunions correspondants qualité de novembre 2014. Des sensibilisations sont réalisées régulièrement dans les services par le service qualité-GdR.

E2-EA3 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Ajouter dans la procédure de gestion documentaire la périodicité de révision

Etat : Réalisée: Une nouvelle version de la procédure de gestion documentaire a été diffusée en novembre 2014 précisant dans la partie VII "Révision-Archivage-Destruction" la périodicité de révision des documents.

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Relancer les cadres et chefs de service pour récupérer tous les procédures, protocoles "sauvages"

Etat : Réalisée : Un mail a été envoyé à tous les cadres et chefs de service leur demandant d'envoyer au service Qualité/Gestion des risques les procédures ou protocoles "sauvage" afin de les mettre sous les maquettes institutionnelles.

E3-EA1 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a: Evaluer le dispositif documentaire informatique tous les ans

Etat: Prévues : Chaque été (juillet/août)

Action n°1b : Ajouter une actualité sur la page d'accueil de l'intranet dès la mise en ligne d'un document qualité.

Etat : Réalisée: Dès qu'un document qualité est inséré sur l'intranet, le service qualité-gestion des risques ajoute un message sur la page d'accueil de l'intranet indiquant la disponibilité du document en ligne. A chaque actualité, le document concerné y est rattaché par un lien hypertexte permettant à tout utilisateur de l'ouvrir directement.

Dysfonctionnement n°2 :

Action n°2 : Former/informer les professionnels sur la recherche documentaire sur l'intranet.

Etat : Réalisée : Le personnel a eu la connaissance de la procédure "Recherche d'un document qualité via l'intranet" PROCED QPR DQC TRA 043 prouvé par la liste de diffusion de ce document qualité et du retour du bordereau de diffusion par les correspondants qualité de chaque service. De plus, cette procédure est à disposition de tous les professionnels sur l'intranet. En complément, les professionnels ont eu 3 sessions de formation par le service informatique au cours du second semestre 2014 sur la recherche documentaire via l'intranet et d'autres sessions de formation sont proposées par le service informatique pour le 1er semestre 2015. De plus, l'ensemble des correspondants qualité a été formé à l'utilisation de la recherche documentaire informatisée lors des deux réunions correspondants qualité de novembre 2014. Des sensibilisations sont réalisées régulièrement dans les services par le service qualité-GdR.

Modalités d'évaluation :

E1-EA1 (EGP): Présence des maquettes vierges sur l'intranet

E2-EA1 (EGP): Nombre de personnes formées

E2-EA2 (Pt) : Audit d'observation du retrait des classeurs qualité dans tous les services

Prévues second semestre 2015

E2-EA3 (Pt) : Pas d'évaluation

E3-EA1 (Pt) : Evaluation du dispositif de gestion documentaire-Prévues Eté 2015

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi des révisions des documents qualité tous les deux par mois via l'outil informatique

Validation institutionnelle:

Directeur délégué et en charge de la qualité-gestion des risques, président de la CME

Planification des revues de projet:

Suivi:
-en point régulier hebdomadaire avec le directeur délégué et en charge de la qualité-gestion des risques
-lors de CME, au moins une fois par an

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion de l'énergie

Problématique:

E1-EA2 (non) :

L'établissement n'a pas défini de politique de maîtrise de ses consommations et dépenses d'énergie, mais en assure un suivi régulier. (Dysfonctionnement n°1)

E2-EA2 (Pt) :

L'établissement ne met pas en oeuvre un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie. Il met toutefois en place des actions ponctuelles le cas échéant. (Dysfonctionnement n°1)

E3-EA2 (non) :

L'établissement n'a pas engagé de réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelables. (Dysfonctionnement n°1)

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Baisse des dépenses d'énergie

Totale maîtrise des dépenses d'énergie

Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

Directrice de la Logistique et des Investissements

Direction de la Logistique et des Investissements

Ingénieur Travaux

Echéancier de réalisation :

E1-EA2 (non) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Rédaction d'une politique de maîtrise de ses consommations et dépenses d'énergie

Etat : Prévues. Date : 21/03/2017

E2-EA2 (Pt) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1a : Elaborer un tableau de bord de suivi des consommations

Etat : En cours. Date : 21/09/2015

Action n°1b : Réaliser une campagne de sensibilisation aux économies d'énergie

Etat : En cours : Elaboration de fiches techniques. Date : 4ème trimestre 2015

Action n°1c : Mettre en place une gestion technique centralisée par site

Etat : En cours. Date : 21/12/2015

Action n°1d : Généralisation de la visioconférence

Etat : Réalisée. Date : 1er trimestre 2015

Action n°1e : Entretien de la climatisation

Etat : En cours : Changement des climatiseurs les plus anciens et maintenance des autres. Date : 3ème trimestre 2015

Action n°1f : Consommation N2O

Etat : Réalisée. Date : Fin 2014

Action n°1g : Travaux d'étanchéité et d'isolation

Etat : En cours : Sur le site de Saint Côme, travaux prévus fin 2015. Date : Fin 2015

Action n°1h : Création d'une salle dédiée visioconférence

Etat : Réalisé. Date : 1er trimestre 2015

E3-EA2 (non) :

Dysfonctionnement n°1 :

Action n°1 : Réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable dans les nouvelles constructions

Etat : Prévues. Date : 2018

Modalités d'évaluation :

E2-EA2 (Pt) : Suivi du plan d'actions

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions

Validation institutionnelle:

Direction, Direction des Finances

Planification des revues de projet:

Suivi du plan d'actions par la Direction de la Logistique et des Investissements