



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ DE SAINT RÉMY
ET NORD FRANCHE COMTÉ**

Rue Justin et Claude Perchot
70160 Saint-Remy

JANVIER 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	10
2. DÉCISION	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	10
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	10
6. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	35

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CHS DE SAINT REMY ET NORD FRANCHE COMTE- SITE DE SAINT REMY	
Adresse	Rue justin et claude perchot 70160 Saint-Remy
Département / région	HAUTE-SAONE / FRANCHE-COMTE
Statut	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	250012119	GCS EMOSIST	16 rue du professeur paul milleret 25000 BESANCON
Entité juridique	700004096	ASSOCIATION HOSPITALIERE DE FRANCHE-COMTE	Rue justin et claude perchot 70160 Saint-Remy
Etablissement de santé	700783244	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (HDJ CMP ADULTES CATTP AT) VESOUL	52 rue jean jaures 70000 VESOUL
Etablissement de santé	250014099	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (HDJ CMP CATTP ADULTES) MONTBELIARD AHFC	9 avenue leon blum 25200 MONTBELIARD
Etablissement de santé	900002569	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	2 avenue des usines 90000 BELFORT
Etablissement de santé	250013968	PSYCHIATRIE ADULTES - SITE A BOULLOCHE	
Etablissement de santé	700784010	CMP ADULTES ENFANTS JUSSEY CHS	Place du champ de foire 70500 JUSSEY
Etablissement de santé	700003965	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (HDJ - CMP - CATTP)	12 rue marquiset 70300 LUXEUIL LES BAINS

Etablissement de santé	700785553	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (HDJ - C.M.P.) ENFANTS VESOUL	71 rue baron bouvier 70000 VESOUL
Etablissement de santé	700004120	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (CMP ADULTES) GRAY CHS ST REMY	2 rue des casernes 70100 GRAY
Etablissement de santé	700002439	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (CMP CATTp HDJ AT)	4 rue parmentier 70200 LURE
Etablissement de santé	700785272	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (ATELIER THERAPEUTIQUE CMP CATTp ADULTES)	52 rue jean jaures 70000 VESOUL
Etablissement de santé	700001027	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE HOPITAL JOUR - CMP ENFANTS LURE CHS	83 avenue carnot 70203 LURE
Etablissement de santé	700001738	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (CATTp CMP ADULTES) JUSSEY CHS	10 rue de la pecherie 70500 JUSSEY
Etablissement de santé	250016169	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (HDJ CPM CATTp) VALENTIGNEY	11 allée jean leon gerome 25700 VALENTIGNEY
Etablissement de santé	900002478	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE (CMP HDJ CATTp) ADULTES BELFORT	53 bd renaud de bourgogne 90000 BELFORT
Etablissement de santé	700780299	CHS SAINT REMY NORD FC SITE DE CLAIREFONTAINE	70210 POLAINCOURT ET CLAIREFONTAINE
Etablissement de santé	250014008	CENTRE HOSPITALIER SITE JEAN MESSAGIER	1 rue robert cusenier 25200 MONTBELIARD
Etablissement de santé	700004252	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE HOPITAL DE JOUR ADULTES GRAY CHS	5 rue de l'arsenal 70102 GRAY
Etablissement de santé	700780075	CHS DE SAINT REMY ET NORD FRANCHE COMTE- SITE DE SAINT REMY	Rue justin et claude perchot 70160 Saint-Remy

Etablissement de santé	700004245	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (CMP HDJ)	9 rue raymond et lucie aubrac 70000 VESOUL
Etablissement de santé	700784341	USLD DE SAINT-REMY - "LA CHENAIE"	Rue justin et claude perchot 70160 ST REMY
Etablissement de santé	250014198	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	34 rue de la mairie 25400 AUDINCOURT
Etablissement de santé	700003148	UNITE INTERSECTORIELLE POUR ADULTES AHFC	2 rue heymes 70000 VESOUL
Etablissement de santé	700004542	CENTRE DE PSYCHIATRIE GENERALE HERICOURT (CMP HDJ CATTP)	59 rue paul vinot 70400 HERICOURT
Etablissement de santé	700001035	CENTRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE (HOPITAL DE JOUR) ENFANTS GRAY CHS	17 rue de la charite 70100 GRAY
Etablissement de santé	900002429	CENTRE HOSPITALIER SITE PIERRE ENGEL BAVILLIERS	Route de froideval 90800 BAVILLIERS

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	581	117
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	30	99
SLD	SLD	30	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	

Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personnes âgées	Unité d'hospitalisation complète	Pathologie de la personne âgée et mentale associée	Hospitalisation programmée ou non	complexe	SLD
2	Adulte H ou F	Unité d'hospitalisation complète	Pathologie mentale et isolement	Hospitalisation sans consentement	simple	Santé mentale
3	Adolescent	Unité d'hospitalisation complète	Troubles du comportement	Hospitalisation programmée	complexe	Santé mentale
4	Enfants ou adolescents	HDJ	Troubles du comportement	Hospitalisation programmée	complexe	Santé mentale
5	Personnes âgées	CMP	Pathologie de la personne âgée et mentale associée	Consultation et suivi	complexe	Santé mentale
6	Adulte H ou F	Hôpital de jour	Pathologie mentale	Hospitalisation programmée	complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

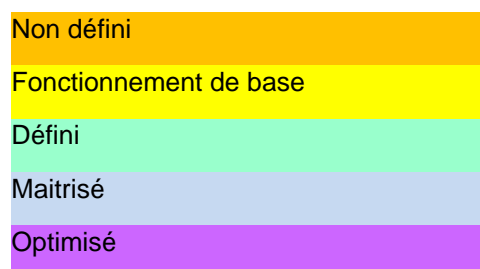
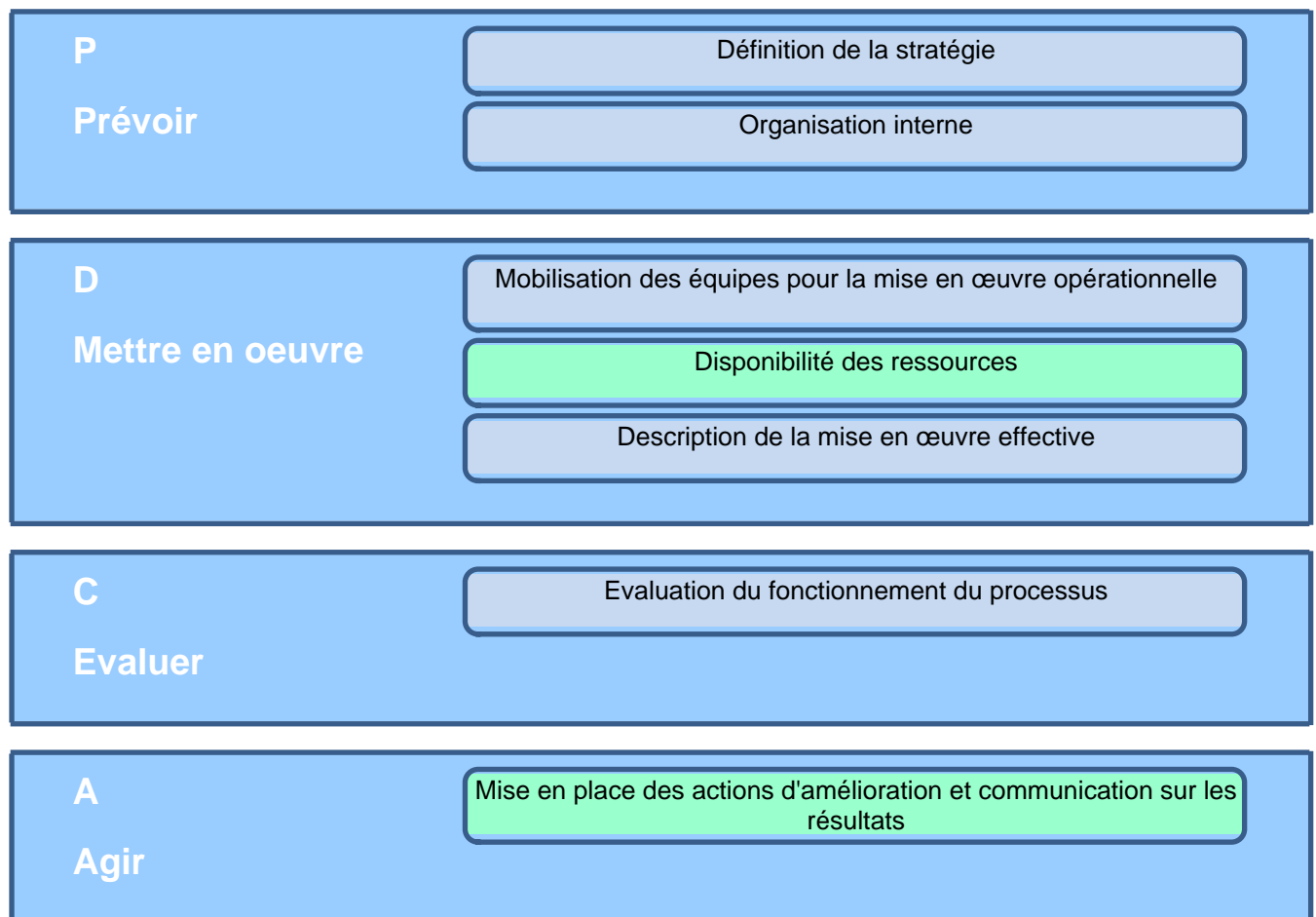
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Rémy et Nord Franche-Comté a formalisé une politique Qualité et Gestion des Risques. La politique associe des objectifs inscrits dans le projet institutionnel 2012/2016, le projet régional de santé, les exigences réglementaires. Elle prend en compte l'identification des besoins, les prises en charge par filière (psychiatrie infantile juvénile, psychiatrie générale et psychiatrie du sujet âgé), et la gestion des risques. La gouvernance de l'établissement (Conseil d'Administration) est consultée sur la politique qualité et sa mise en œuvre. La politique qualité et gestion des risques intègre la stratégie EPP, le suivi d'indicateurs, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise et la coordination des vigilances. Elle est validée par les instances. La politique, le programme et le plan d'actions qualité et sécurité des soins sont validés par le Comité d'Appui à la Démarche Qualité et Sécurité des Soins (CADEQSS), la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) et la Commission des Usagers.

La mobilisation de l'établissement dans le compte qualité est portée par les équipes opérationnelles de la cellule qualité-gestion des risques associés aux soins et du service sécurité - gestion des risques généraux. Une cartographie des processus est définie à l'échelle de l'établissement. Les différentes thématiques du Manuel de Certification sont investiguées sous l'approche PDCA. De cette analyse, sont identifiés des risques prioritaires alimentant le compte qualité. 4 cartographies des risques du parcours de soins ont été élaborées avec un plan d'actions mis en œuvre. Une synthèse du plan d'action est proposée par le biais d'un outil de communication innovant à destination des professionnels de l'unité, comme présenté aux experts visiteurs.

Dans les autres secteurs, des risques prévalents sont identifiés et connus des professionnels. Des actions d'amélioration sont déployées.

La politique qualité est déclinée dans un Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PRAQSS), lui-même décliné en plans d'actions qualité/sécurité des soins 2015 (PAQSS). Il décrit la mise en œuvre opérationnelle avec l'identification des objectifs opérationnels et les actions d'amélioration, la désignation d'un pilote d'une instance ou groupe de travail, la définition d'une échéance et les modalités de suivi. Le PAQSS mentionne les risques prioritaires et les actions portées au compte qualité. Les objectifs qualité-gestion des risques sont traduits dans chaque contrat de service.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Rémy et Nord Franche-Comté a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus. Le Comité d'Appui à la Démarche Qualité et Sécurité des Soins (CADEQSS), instance consultative, assure le pilotage stratégique de la politique qualité et sécurité des soins. La CME valide le programme qualité et gestion des risques. La CME a désigné un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et un référent des conditions d'accueil et de l'efficacité des parcours de soins. Ces médecins avec la référente qualité proposent les orientations du programme qualité et s'assurent de la cohérence des objectifs proposés. Le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS) recense les événements indésirables à l'échelle de l'établissement. Ces risques a posteriori alimentent en partie la cartographie des risques. La gestion des risques est pilotée par un gestionnaire des risques généraux et un gestionnaire des risques associés aux soins. Des fiches de fonction sont rédigées pour chaque acteur et la quotité de temps dédié précisée.

Le CHSCT valide l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (Document Unique) et le plan d'action actualisée qui en découle. Dans ce cadre, les axes prioritaires étudiés sont la prévention des risques psychosociaux, les risques d'agressivité et les risques routiers.

Les ressources matérielles et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires sont en place. A ce jour, des classeurs papier "Manuel qualité des procédures et protocoles" sont à la disposition des professionnels. Un cadre de santé de la cellule qualité est missionné pour s'assurer de la conformité des classeurs. Les procédures, protocoles, comptes rendus d'instances, de réunions sont également disponibles sur le site Intranet de l'établissement. La composition de la cellule qualité, la représentativité des professionnels dans les différentes instances et groupes de travail permettent une représentation croisée et facilitent la gestion des interfaces. La Direction des Soins organisent tous les 15 jours des réunions avec les surveillants chefs. Les surveillants chefs organisent des temps de rencontre chaque semaine avec les surveillants. Les surveillants transmettent les informations aux équipes lors des temps de transmission, des réunions d'équipe. Trimestriellement, la cellule qualité invite les surveillants chefs et surveillants pour réaliser l'état d'avancement des différentes démarches.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans la culture qualité, comme le déploiement d'une politique d'audit interne. L'équipe d'auditeurs internes (environ quarante personnes) est formée et s'engage pour quatre ans, elle réalise le programme annuel d'audits planifié sur l'année et les audits spécifiques initiés par certains services.

Après une réflexion menée pour faire progresser la culture sécurité des soins, une animation ludique et pédagogique est proposée aux professionnels, la "chambre des erreurs" itinérante sur les différents sites. Un des objectifs est de réduire les événements indésirables liés aux soins. 5 sessions proposées de décembre 2014 à avril 2015, recensant la participation de 261 professionnels. 67 patients traceurs ont été réalisés sur les secteurs intra et extra pour renforcer cette approche. Des outils de communication interne sont en place, comme le site Intranet, le journal interne, le journal du comité d'entreprise, les affichages obligatoires. Les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés sur le site Intranet et communiqués lors des instances. Le programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, connu et opérationnel prend en compte les éléments attendus et notamment l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la Commission des Usagers ce que confirme les rencontres et observations sur le terrain. Les plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des secteurs d'activité par les surveillants, surveillants chefs et médecins chefs et sont intégrés à l'échelle de l'établissement par la cellule qualité afin d'en assurer un pilotage global.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis et mis en oeuvre. Notamment, la formation à "l'analyse d'un Événement Indésirable Grave (EIG) : processus de hiérarchisation et d'analyse des causes" a été proposée aux surveillants chefs et surveillants (49 professionnels formés). Une sensibilisation aux EI pour les professionnels (288 personnes) est assurée par les membres du COVIRIS. Concernant les risques a priori, les acteurs qui animent la démarche de cartographie des risques sont formés.

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels sur le site Intranet, comme des documents "EPP : aide méthodologique, fiche de synthèse et guide d'utilisation", un logigramme précise l'organisation de l'EPP; un support d'analyse pour l'analyse des causes profondes d'un EIG ; une méthode d'analyse des erreurs médicamenteuses ; une fiche descriptive et consigne de remplissage du tableau de bord.

Un dispositif de gestion documentaire est en place. Les classeurs papier, au nombre de 4, sont répertoriés par thématique : patient, personnel, locaux, gestion des risques. La mise à jour est assurée par les surveillants avec support de traçabilité. Les procédures, protocoles, comptes rendus d'instances, de réunions sont également disponibles sur le site Intranet de l'établissement.

Les organisations et les documents utiles à la mise en oeuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels. Une fiche de signalement d'incidents et d'événements indésirables est connue des professionnels. Pour les erreurs médicamenteuses, une fiche spécifique est à remplir. Concernant les chutes, un EI et une grille d'évaluation des chutes est à renseigner.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services intra et extra hospitaliers connaissent et mettent en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La direction, les professionnels de la cellule qualité, les médecins chefs, les surveillants chefs impulsent la dynamique et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins. Les surveillants accompagnent la mise en oeuvre de la démarche dans les services, ce que confirme les observations et entretiens sur le terrain.

La participation de l'ensemble des professionnels au signalement et à l'analyse des événements indésirables est effective. Les professionnels sont encouragés à déclarer les événements indésirables, les événements indésirables graves associés aux soins. A réception de la déclaration par le service qualité, le professionnel reçoit sur son adresse mail, un accusé de réception. Les suites données à la déclaration et aux actions à mener sont communiquées après analyse au COVIRIS. Concernant la gestion des plaintes et réclamations, les professionnels sont identifiés et sollicités pour apporter les éléments de réponse au plaignant. La Commission des Usagers est systématiquement informée et les membres peuvent édicter des recommandations à mettre en oeuvre.

Les interfaces entre secteurs (intra et extra) sont opérationnelles, notamment en ce qui concerne la coordination des vigilances, l'analyse des EIG avec à l'issue de l'analyse, une communication réalisée auprès de tous les services par une "fiche partage". La Commission EPP-DPC-IPC proposent des thèmes

transversaux avec appel à candidature des secteurs comme par exemple : "orientation des patients hospitalisés au long cours" ou "améliorer la déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses pour mieux les prévenir". La diffusion interne des conclusions des différentes EPP est systématique afin d'engager une réflexion auprès des équipes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Un programme annuel d'audits est défini en fonction de thématiques repérées au niveau institutionnel ou au niveau de différents secteurs d'activités. Un bilan annuel du PAQSS est réalisé et présenté aux instances (CADeQSS, CME et CA). Le bilan réalisé permet de mesurer l'impact de l'action en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques. En juin 2015, un bilan des EPP médicales et soignantes fait état de 46 EPP clôturées, 19 EPP et 2 revues de pertinence en cours.

L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée. La Commission des Usagers assure une partie des enquêtes de satisfaction "flash" auprès des patients. Les secteurs d'activité recueillent également la satisfaction des usagers, sur des périodes définies.

A la fin des repas, les professionnels recueillent la satisfaction des patients quand à la prestation repas. Ces enquêtes sont adressées au prestataire externe en vue d'une amélioration des repas.

Un tableau de bord Indicateurs Qualité-Sécurité des Soins est en place. Il suit les indicateurs nationaux (IPAQSS, Hôpital Numérique, BILANLIN), EI et EIG graves déclarés, les indicateurs de pratiques cliniques, les EPP, la gestion documentaire et des indicateurs spécifiques liés à la prise en charge médicamenteuse. D'autres tableaux de bord sont renseignés comme les indicateurs d'activité, les indicateurs liés à la prise en charge et respect des droits des patients.

A / AGIR

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

Suite à la réalisation des audits, des restitutions sont organisées dans les services, auprès des instances (CADeQSS, CME, Commission de Soins, Commission des Usagers). Un suivi des actions d'amélioration est assuré. Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS dans le cadre de son actualisation annuelle. Des supports et modalités de diffusion sont établis (site Intranet, journal interne, affichage). La communication des résultats est assurée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. L'établissement participe à des partages d'expérience sur la démarche et les actions d'amélioration mises en place, notamment avec le Réseau Qualité Régional.

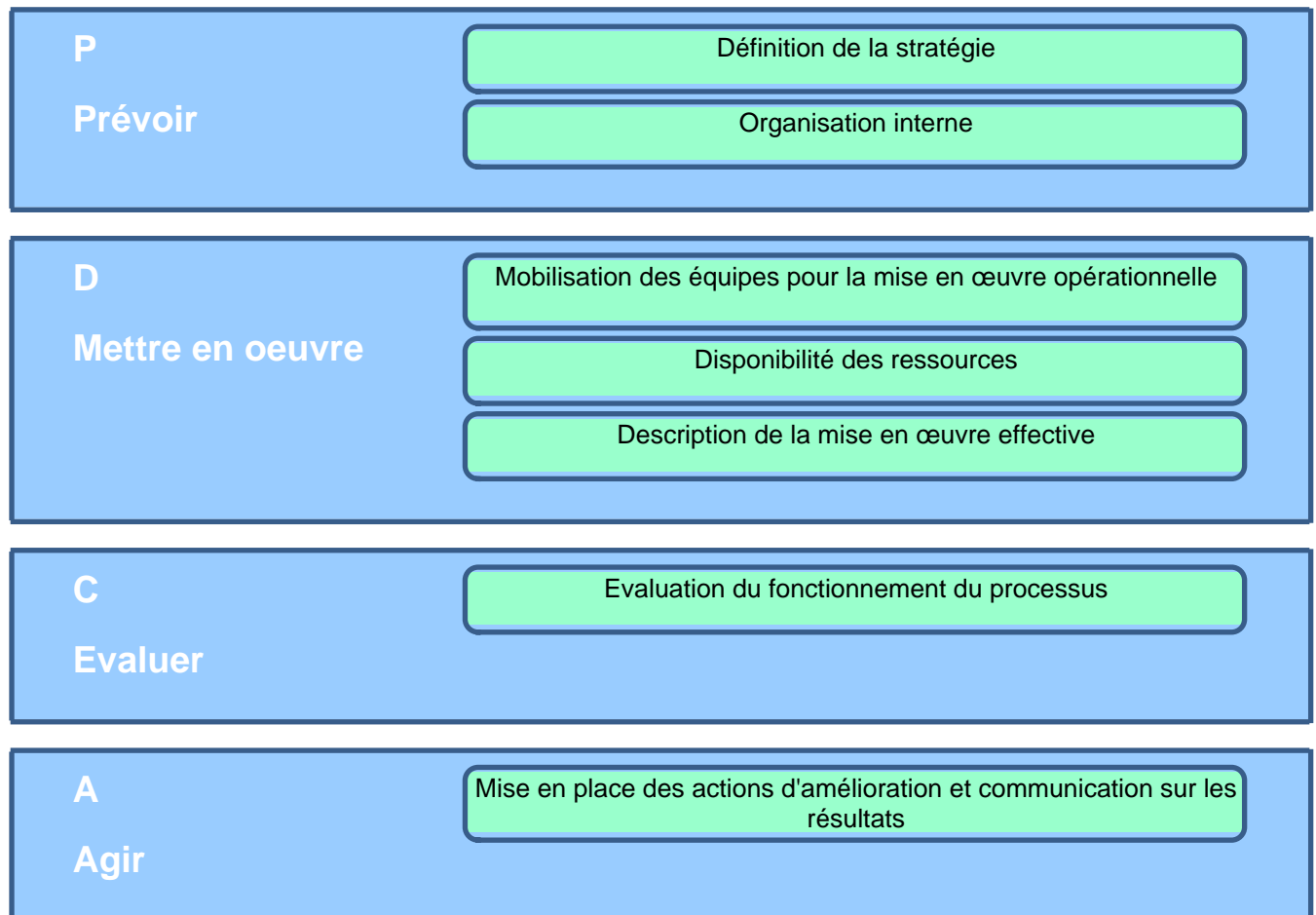
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet institutionnel 2012-2016 intègre la thématique des droits des patients dans sa politique générale, son projet médical, sa politique de prise en soins des patients, et sa politique qualité gestion des risques pour ce qui concerne la bientraitance, la qualité de l'information, et le respect des libertés individuelles. Il a été adopté en 2012 après validation par l'ensemble des instances consultatives, et peut être consulté sur l'intranet de l'établissement. Le règlement intérieur des conditions d'hospitalisation et de séjour des patients consacre un chapitre aux droits et devoirs des patients et usagers du système de santé.

Les besoins et les risques spécifiques à l'établissement sont identifiés au regard du CPOM 2013-2018. Les risques sont identifiés et analysés par des groupes pluri-professionnels à partir des indicateurs QSS et HN, des plaintes et réclamations, des événements indésirables relatifs aux droits des patients, des questionnaires de satisfaction, des patients traceurs réalisés par l'établissement, de la cartographie des risques du parcours de soins sans consentement dans les unités dédiées,.. La politique qualité gestion des risques, définie dans le projet institutionnel, est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins annuel formalisé, intégrant les risques liés à la thématique "droits des patients", présenté aux instances et validé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a créé en 2014 une Commission des Usagers regroupant la CRUQPC et les différents Conseils de la Vie Sociale, avec l'objectif de mieux fédérer les réflexions et travaux menés dans ces commissions, et d'y associer de façon transversale des représentants des différentes instances de l'établissement, dont le Comité d'Ethique. La Commission des Usagers et la CRUQPC ont formalisé un règlement intérieur, précisant leurs missions, composition, fonctionnement. La CRUQPC présente un bilan annuel et des préconisations pour l'année suivante. La Commission des Usagers doit élaborer un rapport annuel incluant ce rapport type de la CRUQPC. L'information sur le rôle de la CRUQPC, ainsi que sur le rôle des représentants des usagers et les moyens de les contacter, est largement diffusée. Les représentants des usagers ont accès aux lettres de plaintes in extenso. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, plan de formation), matérielles (capacité à accueillir et héberger les familles par exemple) et documentaires (procédures et protocoles, documents relatifs à cette thématique disponibles sur intranet) nécessaires. La volonté de l'établissement, illustrée par la création de la Commission des Usagers et la présence de leurs représentants dans les différentes instances, est de favoriser leur intégration active à la vie institutionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés, le chef de service et le surveillant de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels (exemple de la cartographie des risques du parcours de soins sans consentement réalisée en unité fermée, identifiant les risques de non respect des droits du patient, de défaut d'information, de maltraitance, et formalisant un plan d'actions, ou les projets médicaux et infirmiers d'un service de réinsertion). Les surveillants sensibilisent en particulier les professionnels sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, le respect de la dignité et de la confidentialité, le recueil du consentement, les libertés individuelles,.. Des questionnaires de satisfaction sont proposés dans les différents services, ainsi que des enquêtes flash, dans certains cas directement menées par les représentants des usagers. Leurs résultats sont affichés et disponibles sur intranet. Des actions d'amélioration sont mises en place (aménagement du vestiaire des patients en HDJ, adaptation des menus après évaluation par les patients par exemple).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs adaptés à la spécificité des prises en charge, formations spécifiques sur la thématique du droit des patients suivies par 467 personnes en 2014), matériel (équipements adaptés au handicap, parc automobile pour favoriser les sorties par exemple) et documentation (intranet d'accès facile, réactualisé, connu et utilisé par les professionnels) sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'aménagement des locaux et la vigilance des équipes permettent le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité pour les personnes prises en charge. Des modalités d'accueil et d'hébergement peuvent être proposées à la famille. Les modalités de l'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont décrites dans un protocole disponible sur

intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion d'une situation de maltraitance fait l'objet d'un protocole précisant la typologie des principaux risques de maltraitance, le circuit de signalement d'une maltraitance constatée, le rapport circonstancié à établir en pareil cas. Les équipes sont sensibilisées à la promotion de la bientraitance au quotidien, la charte est affichée dans les unités, l'EPP en cours sur ce thème est connu. Le Comité d'éthique peut être saisi, par exemple sur la question de l'utilisation de la chambre d'isolement pour un mineur exceptionnellement pris en charge en psychiatrie générale. Des groupes de parole sont mis en place. Les réunions de synthèse pluri-professionnelles sont tracées dans le dossier du patient.

Sous réserve de l'accord du patient et de la spécificité de la situation clinique, des entretiens associant l'entourage sont réalisés par le médecin, l'infirmier, le psychologue ou l'assistant social, et tracés dans le dossier.

La restriction des libertés fait l'objet d'un encadrement très précis et d'un respect des règles édictées.

Pour ce qui concerne la gestion des mesures de restriction de liberté, des protocoles de mise en chambre d'isolement et de mise en contention sont formalisés, les prescriptions médicales écrites sont motivées et réévaluées deux fois par jour, la réflexion bénéfice-risque est tracée, ainsi que l'effectivité de la surveillance infirmière selon la périodicité prescrite. Un relevé du recours à l'isolement est effectué et transmis aux chefs de service.

Pour ce qui concerne le respect des libertés individuelles, les consignes concernant une restriction ponctuelle sont tracées et réévaluées.

Le patient est informé sur son état de santé et les soins proposés lors de son admission, puis lors des entretiens médicaux et infirmiers, ainsi qu'à l'occasion de l'administration du traitement. La désignation de la personne de confiance est tracée. Les entretiens proposés aux proches sont retrouvés dans le dossier.

Une fiche de recueil du consentement du patient est retrouvée dans le dossier. Les entretiens associant l'entourage sont tracés.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est structuré et mis en œuvre : protocoles encadrant la mise en chambre d'isolement et la mise en contention, recherche d'adhésion du patient, notification des décisions et voies de recours, EPP sur l'évaluation de la traçabilité des informations données au patient sur ses droits dans le cadre de soins sans consentement, formation sur les soins sans consentement organisée dans le cadre de la formation continue 2014.

L'établissement participe en outre à une plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale centrée sur l'approche partenariale de la thématique "urgences et soins sans consentement" en Haute-Saône. Les observations de terrain menées selon la méthode du patient traceur confirment l'effectivité de la mise en œuvre de cette thématique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus "droits des patients" sur la base d'outils identifiés tels que les enquêtes de satisfaction annuelles diligentées par la CRUQPC, les indicateurs QSS et de pratique clinique, les événements indésirables relatifs aux droits des patients, le suivi des EPP, les résultats d'audits (dossier du patient, vidéoprotection par exemple), le suivi quantitatif de l'isolement. Des cartographies sont en cours de déploiement sur les secteurs ou activités à risques.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins disponible sur intranet. Les résultats sont communiqués par affichage à destination des patients, par le biais de l'intranet, du journal interne, des instances pour les professionnels et les usagers. Un bilan annuel du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réalisé et diffusé sur intranet.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

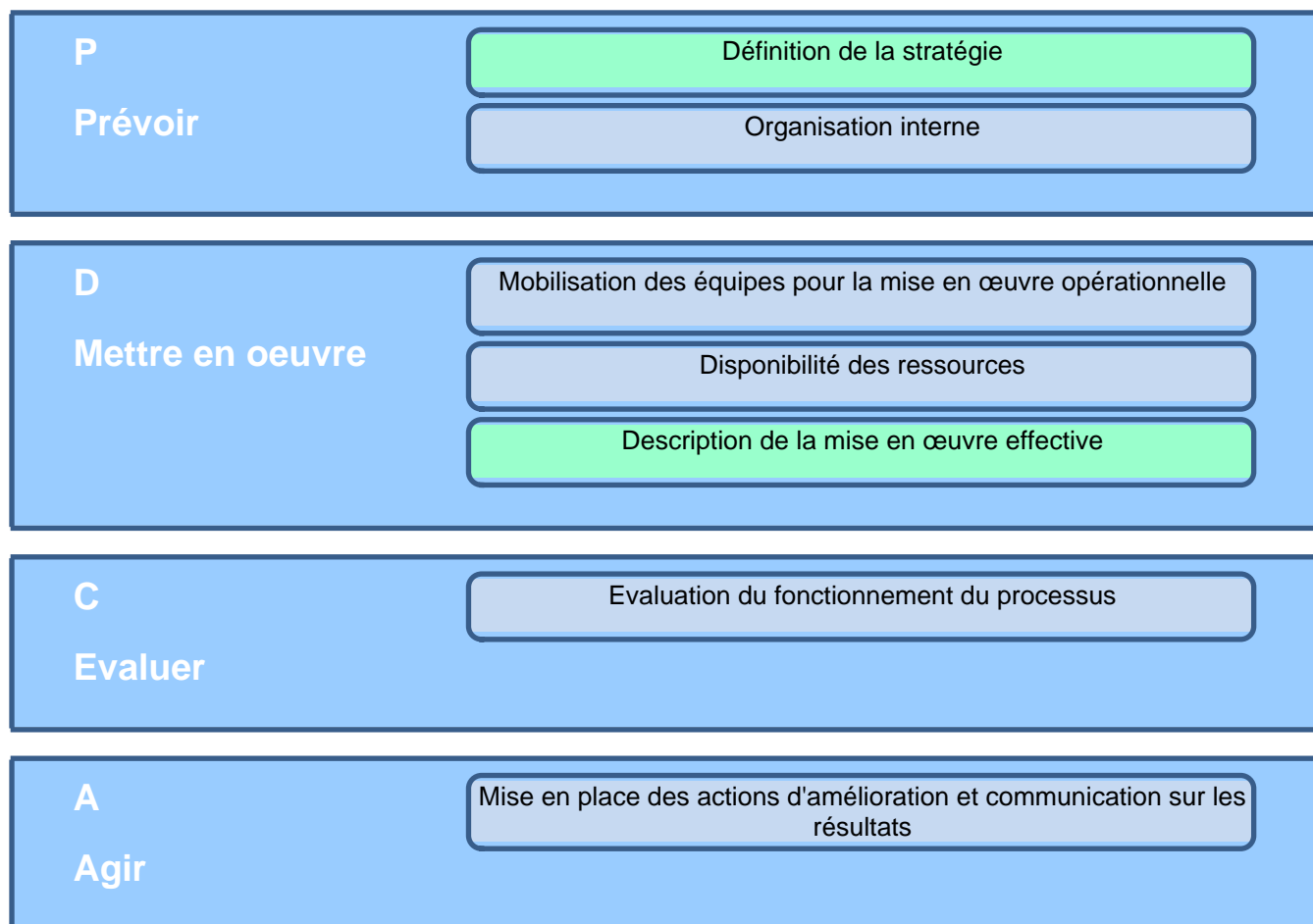
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté a formalisé sa politique d'amélioration du parcours du patient au sein de son projet institutionnel. Il a réalisé une analyse des risques associés au parcours du patient. Cette analyse s'appuie sur le recueil de données issues de démarches d'évaluation (analyses de pertinence, audits,..RMM, méthode patient-traceur,...), des résultats d'analyse des indicateurs (IPAQSS, HN, indicateurs de pratique clinique choisis en lien avec ses activités) ou de l'analyse des Événements Indésirables liés au parcours du patient (plaintes et réclamations, bilan CRU). Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient, un certain nombre de ces risques ont été identifiés et analysés dans le compte qualité.

Les besoins de l'établissement de santé sont identifiés au regard des attentes de la population du territoire, du SROS et du CPOM.

L'établissement participe activement aux travaux régionaux relatifs à l'amélioration de l'offre de soins en matière de santé mentale.

Il a pour mission, dans le cadre de ses orientations stratégiques 2013-2018, de contribuer à la mise en place de plate(s)-forme(s) de coordination du réseau de santé mentale sur les territoires dont il assure la couverture et de favoriser l'essor des prises en charge extra-hospitalières.

L'établissement est également chargé de renforcer sa participation au dispositif de réponse aux urgences psychiatriques au sein des services d'urgences hospitaliers. De même, les orientations du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) invitent le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté à contribuer à l'élargissement de l'offre de soins de pédopsychiatrie en faveur de la prévention et d'une prise en soins élargie. Une réflexion sur la prise en charge des patients "longuement" hospitalisés ainsi que l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sur les unités d'hospitalisation complète sont également mis en exergue dans le CPOM. Pour chacune de ces orientations en lien avec le parcours patient, des plans d'action ont été formalisés. Ils figurent dans le projet institutionnel.

Ces orientations sont également déclinées dans le "contrat interne d'objectifs et de moyens" signé entre le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté et chaque chef de service. Ce contrat définit les modalités de mise en œuvre de la politique institutionnelle relative à la qualité et la sécurité du parcours patient au sein des secteurs d'activité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation mise en place, les compétences et les effectifs permettent de répondre aux besoins et d'assurer la continuité de la prise en charge des patients 24h/24 et 7j/7. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance,..) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Les ressources humaines sont déployées en fonction d'évaluations de charge quantitatives et qualitatives. Des formations, relatives aux aspects du parcours patient sont proposées annuellement. Celles-ci peuvent être en lien avec les projets de services, les modalités de prise en charge spécifiques ou le développement de l'expertise des professionnels.

Le dispositif d'accueil, permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation d'une personne se présentant pour une urgence est organisé. L'établissement dispose de 5 lieux d'accueil d'urgences sur l'ensemble du territoire qu'il couvre. Les différents parcours et types de prise en charge (ambulatoire, maladies aiguës et chroniques, populations spécifiques, urgences et soins non programmés) sont structurés et organisés. Ces parcours identifiés s'inscrivent dans 3 filières distinctes; infanto-juvénile, psychiatrie générale "adultes" et sujets âgés. Cette organisation permet d'optimiser la prise en charge des patients accueillis et de répondre au mieux à leurs besoins spécifiques.

L'établissement a, de plus, désigné un médecin "réfèrent des conditions d'accueil et de l'efficacité du parcours patient". Il dispose d'une "feuille de route" précisant les missions qui lui ont été confiées. Celles-ci sont en cohérence avec l'ensemble du dispositif d'amélioration de la qualité du parcours patient. La visée fondatrice et directrice de cette fonction s'attache à favoriser l'accès aux soins pour tous.

Ce réfèrent est d'une part chargé d'optimiser les liens entre les différents secteurs de prise en charge et notamment entre les unités d'hospitalisation complète et le secteur ambulatoire (CMP et hôpitaux de jour). Il a, d'autre part, en charge la "modélisation" de parcours type de prise en charge afin de clarifier et fluidifier les trajectoires spécifiques comme celles de l'hospitalisation sans consentement, l'addictologie et la réinsertion psycho-sociale. Ses missions comportent enfin un volet relatif aux personnes en rupture de soins. Ce volet consiste en la mise en œuvre avec certains partenaires (PASS, Commission des usagers...) des conditions nécessaires à la réintégration de ces personnes dans un circuit de prise en

charge. Les modalités de coordination des différents acteurs de la prise en charge (en interne et en externe) ont été définies.

L'accueil du patient et de son entourage est organisé et adapté. L'établissement dispose de temps de médecin généraliste dans l'ensemble des unités. Leurs modalités d'intervention sont définies. La prise en charge somatique est assurée à l'admission du patient et tout au long de son séjour.

Il existe un dispositif de déploiement de l'éducation thérapeutique du patient. Une Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTE) a été créée en 2013. Elle a mis en place un programme intitulé "Prévention de la prise de poids chez les patients sous traitement par psychotrope" Celui-ci a bénéficié d'une autorisation par l'ARS en juillet 2013. Au-delà de ce programme autorisé, elle organise et coordonne les démarches éducatives au sein des secteurs d'activité.

Un dispositif d'identification des patients à risque suicidaire et de prise en charge adaptée est défini et connu des professionnels. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est formalisée et adaptée aux besoins de l'établissement. Un matériel d'urgence opérationnel est disponible et les professionnels sont formés à son utilisation. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par le Comité d'Appui à la Démarche Qualité et Sécurité des soins (CADEQSS) qui veille également à la communication des résultats. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste. Des outils de communication interne et externe sont en place.

La sortie (ou le transfert) du patient est organisée et anticipée. Les patients et les proches sont associés à la planification de la sortie et le courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux partenaires d'aval dans le respect des délais réglementaires, ce que confirme le recueil de l'indicateur IPAQSS « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En fonction des risques et des besoins identifiés les médecins-chefs et les surveillants-chefs de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle par des actions ciblées. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les responsables des secteurs : les médecins-chefs, les surveillants-chefs et surveillants d'unité veillent, en lien avec la CADEQSS, au respect des pratiques définies. Le projet de service traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions spécifiques au regard des activités qui lui sont propres. La conformité des pratiques est recherchée par la réalisation d'audits, d'enquêtes "flash" et d'Évaluations de Pratiques Professionnelles. Des indicateurs sont définis, ils sont inscrits dans le contrat de service. Ils sont suivis et font l'objet d'actions d'amélioration intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Les dysfonctionnements sont signalés par les professionnels via le système de gestion des événements indésirables. Ce dispositif de signalement est connu de l'ensemble des acteurs. La rencontre avec les acteurs opérationnels démontre leur appropriation de la démarche et leur implication dans celle-ci. Dans chaque secteur d'activité, des temps de rencontre entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge sont organisés et tracés. Le dossier patient comporte un espace spécifique au recueil de ces informations pluridisciplinaires. Les supports d'information mis en place permettent la transmissions des données nécessaires à la continuité de la prise en charge en direction des professionnels d'aval, tant au moment d'un transfert qu'en cas de sortie définitive.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (locaux, équipements, maintenance,..) et documentation (accessible, actualisée, connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'établissement a formalisé les processus décrivant les interfaces entre les différentes activités liées au parcours du patient et a rédigé les procédures de prise en charge au sein de ces processus. Elles sont mises à la disposition des professionnels. Le médecin "référént des conditions d'accueil et de l'efficience du parcours de soins" contribue à l'amélioration de la gestion des parcours patients. Il s'attache, en lien avec les professionnels de terrain, à proposer des axes de travail en cohérence avec les filières de soins de définies par l'établissement.

Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences. Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (guides thématiques, projet de service, recommandations de bonne pratique, outils d'aide) et des patients (livret d'accueil, support d'ETP,). Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. Le dossier patient contient l'intégralité des données nécessaires à une prise en charge coordonnée. L'UTE, unité transversale, a bénéficié, à sa mise en place, des ressources humaines et

logistiques nécessaires à un fonctionnement qui réponde aux besoins identifiés.
L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés. Ces formations tiennent compte de l'identification des besoins des professionnels mais aussi du développement de compétences spécifiques (activités innovantes, coordinateurs). Ainsi, au regard des orientations de prise en charge définies, les professionnels peuvent accéder à des formations relatives à l'éducation thérapeutique, à la gestion de la violence en institution, aux gestes de premiers secours (AFGSU). De même, des actions sur les outils de la qualité, la gestion du dossier patient ou les évaluations de pratiques professionnelles sont retrouvées au plan de formation de l'établissement. Enfin, de nombreuses formations en lien avec les spécificités de prises en charge en santé mentale sont proposées aux professionnels en fonction de leur exercice propre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle des différentes modalités de prise en charge. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Cette évaluation est pluridisciplinaire et comporte systématiquement un bilan somatique. Un projet de soins personnalisé, concerté et intégrant la réflexion bénéfice/risque est élaboré, réévalué à échéance définie et tracé dans le dossier du patient. Il intègre l'articulation avec les activités de soins de suite et de réadaptation. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective.

Des démarches éducatives existent dans les services de soins. Elles sont, à ce jour, principalement orientées sur les notions d'hygiène de vie, d'hygiène alimentaire et de bon usage des traitements prescrits. D'autres démarches sur la psycho éducation dans le trouble bipolaire, la remédiation cognitive, le programme "profamille", la prévention de la rechute alcoolique..., peuvent être proposées sur plusieurs secteurs. L'UTEP, après en avoir fait le recueil, se charge de la coordination et du développement de ces différentes démarches. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Ce que confirme la valeur de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" recueilli par l'établissement. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés, des actions d'éducation à la santé dans ce domaine sont proposées aux patients. Un CLAN est en place et organise la coordination de la prise en charge nutritionnelle au sein de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les professionnels participent au signalement et à l'analyse des EI et des EIG liés au parcours du patient, au traitement des plaintes et réclamations et au recueil de la satisfaction des usagers. Ils connaissent le dispositif mis en place. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont réalisés sur la base d'outils identifiés (indicateurs, démarches d'EPP). Certains de ces indicateurs, posés au niveau institutionnel, répondent aux campagnes nationales de recueil. Il s'agit des indicateurs portant sur la "tenue du dossier patient", "le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et le "dépistage des troubles nutritionnels". Les contrats de service comportent des indicateurs d'activité mais également des indicateurs liés aux pratiques cliniques en lien avec la gestion de la douleur, la traçabilité des examens (psychiatriques et somatiques) à l'admission, l'identification des patients suicidants et le suivi des patients "chroniques".

Les professionnels participent à l'évaluation des pratiques en lien avec le parcours du patient. Certains d'entre-eux sont également membres du groupe des auditeurs internes. Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'ensemble des professionnels via le réseau intranet ou le journal interne. L'ensemble des résultats est présenté aux instances.

A / AGIR

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme. Le responsable est identifié. Le calendrier de réalisation, la priorisation des actions, les indicateurs de suivi, la clôture de l'action et la communication des résultats sont précisés. De même, des rencontres semestrielles entre le Directeur général et les Chefs de services sont organisées afin d'assurer le suivi des actions définies dans le contrat interne d'objectifs et de moyens. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein du secteur d'activité.

Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des services de soins. Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité. Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la Commission des Usagers. Les objectifs d'

amélioration et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre sont connus de tous et font l'objet d'une communication institutionnelle (intranet, journal interne, réunions de services...) et externe par le biais du site internet.

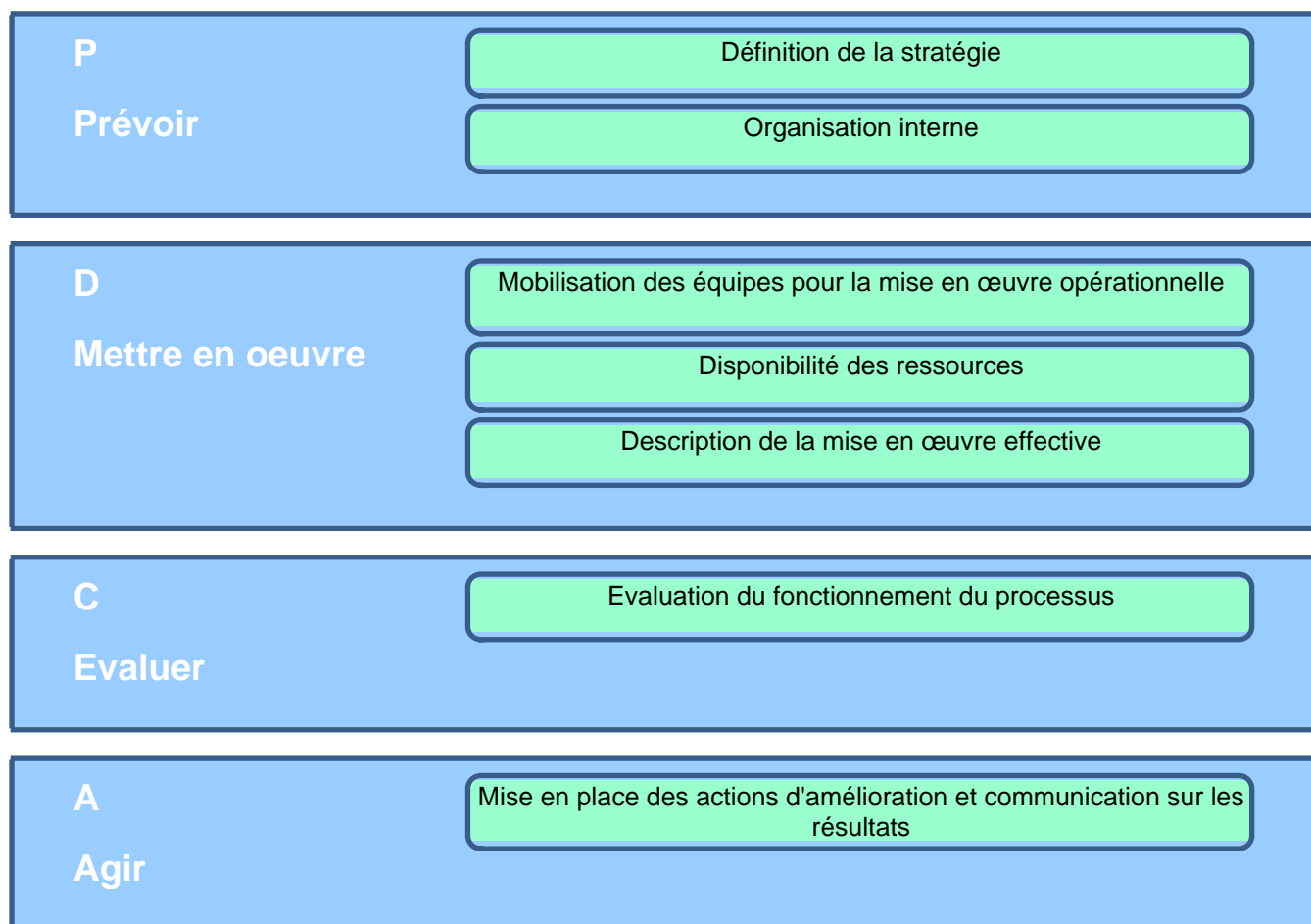
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Rémy et Nord Franche-Comté a formalisé et structuré sa stratégie de gestion du dossier du patient, en mars 2015. Elle couvre la gestion du dossier (règles de tenue, d'accès et d'archivage), en distinguant le dossier administratif du dossier patient. Elle a, notamment, pour objectif une informatisation complète du dossier patient, dans ses différents volets, administratif, médical, infirmier, psychologue, social et autres intervenants. Elle couvre également l'accès du patient à son dossier (organisation de l'accès, information sur ses droits d'accès). Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse structurée des risques. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, et notamment le mode dégradé en cas de panne informatique, sont définis au regard des spécificités de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique est assuré par un comité de pilotage intégrant les référents du groupe dossier patient (DPA). Il veille également à la communication des résultats et du suivi du programme d'action, après validation de la commission de l'information médicale (CIM) et, le cas échéant, de la conférence médicale d'établissement (CME). Le groupe dossier patient est chargé de la mise en œuvre de la politique du dossier patient dans l'établissement. Les rôles et les responsabilités des professionnels impliqués dans ce groupe sont identifiés et définis dans son règlement intérieur.

L'établissement a formalisé les processus décrivant les interfaces entre les différentes activités, liées au dossier du patient. L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Une personne référente est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis. Les modalités d'accès sont définies. Des modalités de fonctionnement du dossier patient informatisé en mode dégradé sont définies. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Des outils de communication interne et externe sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels. La gestion des interfaces est organisée et revue régulièrement avec les utilisateurs et la direction informatique.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le centre hospitalier spécialisé de Saint Rémy et Nord de Franche-Comté définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son plan d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS). Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce plan (responsable identifié, calendrier de réalisation, indicateurs de suivi). Ce PAQSS, ainsi que son bilan, est présenté annuellement aux instances de l'établissement, et notamment à la commission des usagers, au comité d'appui à la démarche qualité et sécurité des soins, à la conférence médicale d'établissement et au conseil d'administration. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein du secteur d'activité, et notamment dans le déploiement du dossier patient unique numérisé. Les objectifs d'amélioration et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre sont connus de tous. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les surveillants chefs des services. L'une des actions prioritaire de ce PAQSS, reprise dans le compte qualité, est l'orientation de son organisation dans le sens d'un dossier patient unique numérisé. Le déploiement de son logiciel s'est étalé sur 3 années. Il reste à généraliser le déploiement du volet infirmier du dossier patient, déjà en test dans 2 services depuis 4 mois. Les experts visiteurs ont ainsi pu constater que les équipes infirmières sont fortement mobilisées pour le déploiement à venir du dossier infirmier informatisé, programmé pour le 29 juin 2015.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Ainsi, l'établissement met en place des actions de formation au logiciel du dossier patient retenu par l'établissement, pour les professionnels directement concernés. Des formations de formateurs sont également organisées et un didacticiel est en place accessible par tous les professionnels de santé. Des sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont également organisées de manière régulière. Des formations au logiciel spécifique administratif sont également organisées.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (guide tenue du dossier patient, procédure d'accès au dossier patient, divers documents d'information concernant le déploiement

du dossier patient informatisé) et des patients (livre d'accueil, charte droit des patients). Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective. L'établissement dispose de locaux d'archivage et de moyens techniques permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité et la préservation de la confidentialité des informations concernant le patient

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier du patient et des interfaces entre secteurs. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective. Les éléments constitutifs de la PEC du patient sont tracés en temps utile dans le dossier. Le dossier patient est informatisé à l'exception du dossier infirmier qui reste un dossier papier. Ainsi, au moment de la visite, dans la majorité des services, cohabitent un dossier patient informatisé et un dossier infirmier "papier". Toutefois, l'investigation dans les services et les audits de patient traceur n'ont pas mis en évidence de risque d'insuffisance de communication, en temps utile, du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge, dans la mesure où les deux types de dossiers étaient partout disponibles dans une unité de lieu. Ceci est confirmé par la valeur de l'indicateur "tenue du dossier du patient" recueilli par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le groupe dossier patient assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient sur la base d'indicateurs. Ainsi des audits de dossiers sont réalisés de manière régulière par les référents du groupe dossier patient et la cellule qualité (notamment l'audit de dossier patient au long court, l'audit dossier patient USLD, l'audit dossier patient à l'USLD, l'audit dossier patient en CMP). L'établissement participe au recueil des indicateurs obligatoires sur la tenue du dossier du patient. L'établissement recueille également les indicateurs hôpital numérique sur cette thématique. Il met en place des démarches d'EPP sur cette thématique (EPP coordination médicale intra/extra) ainsi que sur certaines thématiques non soumises au recueil obligatoire.

A / AGIR

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

L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions en rapport avec les résultats des indicateurs de tenue du dossier du patient. Ces actions sont articulées avec le PAQSS de l'établissement. Des supports et les modalités de diffusion des résultats ont été élaborés afin d'assurer la communication des résultats en interne, notamment par le journal interne "la croisée", diffusé également aux partenaires externes. L'établissement informe de manière régulière la commission des usagers sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier, dont :

- le nombre de demandes d'accès
- les délais de transmission
- le suivi des actions améliorations

L'établissement a mis également en place un plan d'action permettant d'améliorer les délais règlementaires de communication des dossiers au patient, comme le montre l'amélioration constante depuis 3 ans du taux de conformité à la réglementation.

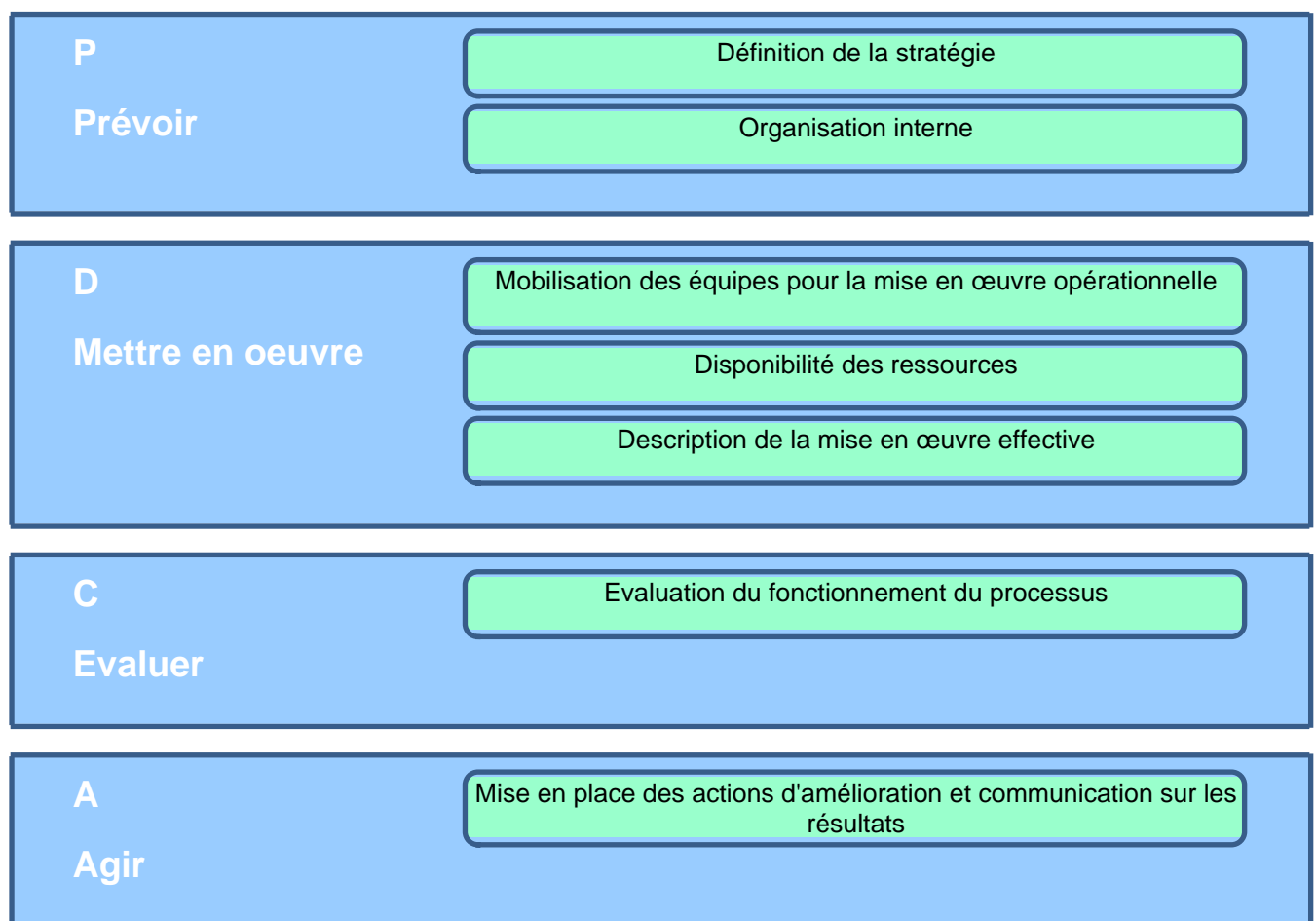
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Saint Rémy et Nord Franche-Comté a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse à partir de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé et en prenant en compte ses besoins propres en la matière. Elle est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement ainsi que les spécificités relatives à la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés. L'établissement a identifié ses risques pour chaque étape du circuit du médicament en tenant compte des risques spécifiques (médicaments à risque, populations à risque, voies d'administration à risque) et des risques plus génériques (informatique, identification du patient, hygiène). L'analyse des risques a été réalisée à partir de l'élaboration de la cartographie des risques liés au médicament sur le site de Saint Rémy mais aussi en s'appuyant sur l'autoévaluation des risques réalisée avec l'outil Archimed dans toutes les unités intra-hospitalières et à la PUI (pharmacie) et l'identification des risques prioritaires dans le cadre de l'élaboration du Compte Qualité. Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés. L'analyse des risques intègre la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

ORGANISATION INTERNE

La politique décrit de manière précise les processus logistiques et cliniques mis en œuvre. Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'actions est assuré par le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse nommé par le Directeur et le Président de la Conférence Médicale d'Etablissement. Le COMEDIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) participe également à la définition de la politique, à l'élaboration de recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Il informe régulièrement la CME des tableaux de bord d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, du bilan des erreurs médicamenteuses et de leur traitement ainsi que des résultats des audits réalisés dans ce domaine. Chaque réunion du COMEDIMS comprend dans son ordre du jour un point sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les comptes-rendus du COMEDIMS sont à la disposition des professionnels sur l'Intranet de l'établissement. Une Commission antibiothérapie est en place. Ses missions sont définies et ses comptes-rendus sont à disposition des professionnels. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste ou de mission. L'organigramme de la pharmacie (PUI) est défini. La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible auprès de celle-ci.

Les règles et supports de prescription et d'administration sont validés et disponibles et intègrent les spécificités relatives à la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. Un support unique de prescription et d'administration est en place. L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments : rangement, transport, stockage dans les armoires des unités de soins.

La permanence pharmaceutique est organisée et la dotation pour besoins urgents est structurée et connue des professionnels. Des conventions signées avec les établissements de soins généraux permettent de répondre aux besoins urgents des unités pour les sites distants du site de Saint Rémy. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète. Les organisations sont formalisées, de la prescription à l'administration du médicament et de l'admission à la sortie du patient. La gestion des erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une gestion structurée (déclaration, analyse collective méthodique (Remed)). Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, les surveillants-chefs et les praticiens de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Les surveillants d'unité s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,..). Elles sont identifiées par le surveillant avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes. Des référents du circuit du médicament sont nommés dans chaque unité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse :

- les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine,
- les professionnels de la pharmacie bénéficient de formations régulières,
- les professionnels sont formés et sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse,
- des actions de communication sont réalisées lors des journées qualité et sécurité des soins pour sensibiliser les patients et les professionnels aux risques médicamenteux,
- la formation des professionnels au logiciel du circuit du médicament est assurée de manière régulière et notamment pour tous les nouveaux arrivants, médicaux et non médicaux,

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les investigations menées dans les unités de soins ou réalisées dans le cadre des patients traceurs ont démontré l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge médicamenteuse et de sa traçabilité. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète (prescription, dispensation, administration) et déployée sur l'ensemble des services du centre hospitalier. L'établissement recueille les indicateurs Hôpital Numérique dans ce domaine. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient à chaque nouvelle prescription en incluant le traitement personnel du patient.

La dispensation est re-globalisée à partir des prescriptions nominatives pour l'ensemble des unités de l'établissement sauf pour quatre unités pour lesquelles cette dispensation est réalisée nominativement dans des piluliers ou des semainiers préparés par les préparateurs en pharmacie directement dans les unités. A ce jour, 94 lits sont concernés par cette dispensation nominative. La pharmacie assure le reconditionnement d'un certain nombre de médicaments (ré-étiquetage des plaquettes de médicaments) afin de garantir l'identification des comprimés par les professionnels. La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en s'appuyant sur la procédure en place. Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Une procédure permet de gérer le traitement personnel du patient. Des documents d'information sur les traitements médicamenteux sont mis à disposition des patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Les équipes de soins participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement avéré. Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse : "audit sécurité du circuit du médicament" en 2014, "audit sur la préparation des piluliers dans les unités de soins" en 2015. La pharmacie réalise des contrôles annuels de conformité de la gestion des armoires dans les unités de soins. Différentes démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles sont réalisées sur la thématique du médicament : "Améliorer la déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses pour mieux les prévenir", "Prescriptions médicamenteuses en psychiatrie et recommandations de bonnes pratiques" par exemple. L'établissement recueille les indicateurs QSS et Hôpital Numérique pour cette thématique.

A / AGIR

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

Le COMEDIMS dresse chaque année un bilan des actions menées et définit un programme d'actions pour l'année à venir. De même, l'autoévaluation des risques liés au circuit du médicament menée par l'établissement avec l'outil Archimed conduit à la définition d'un plan d'actions d'amélioration portant sur la sécurisation de l'ensemble des étapes du circuit, à la fois du côté de la PUI et des unités de soins.

L'ensemble des démarches d'évaluation conduisent à la définition de plans d'actions intégrés au programme qualité global de l'établissement.

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs. Ces évaluations concernent également les modalités de prescriptions chez le sujet âgé. Un bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés. La communication des résultats est réalisée via le site Intranet de l'établissement mais aussi par le journal interne "A la croisée", dans le cadre des instances ou des commissions et par affichage.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

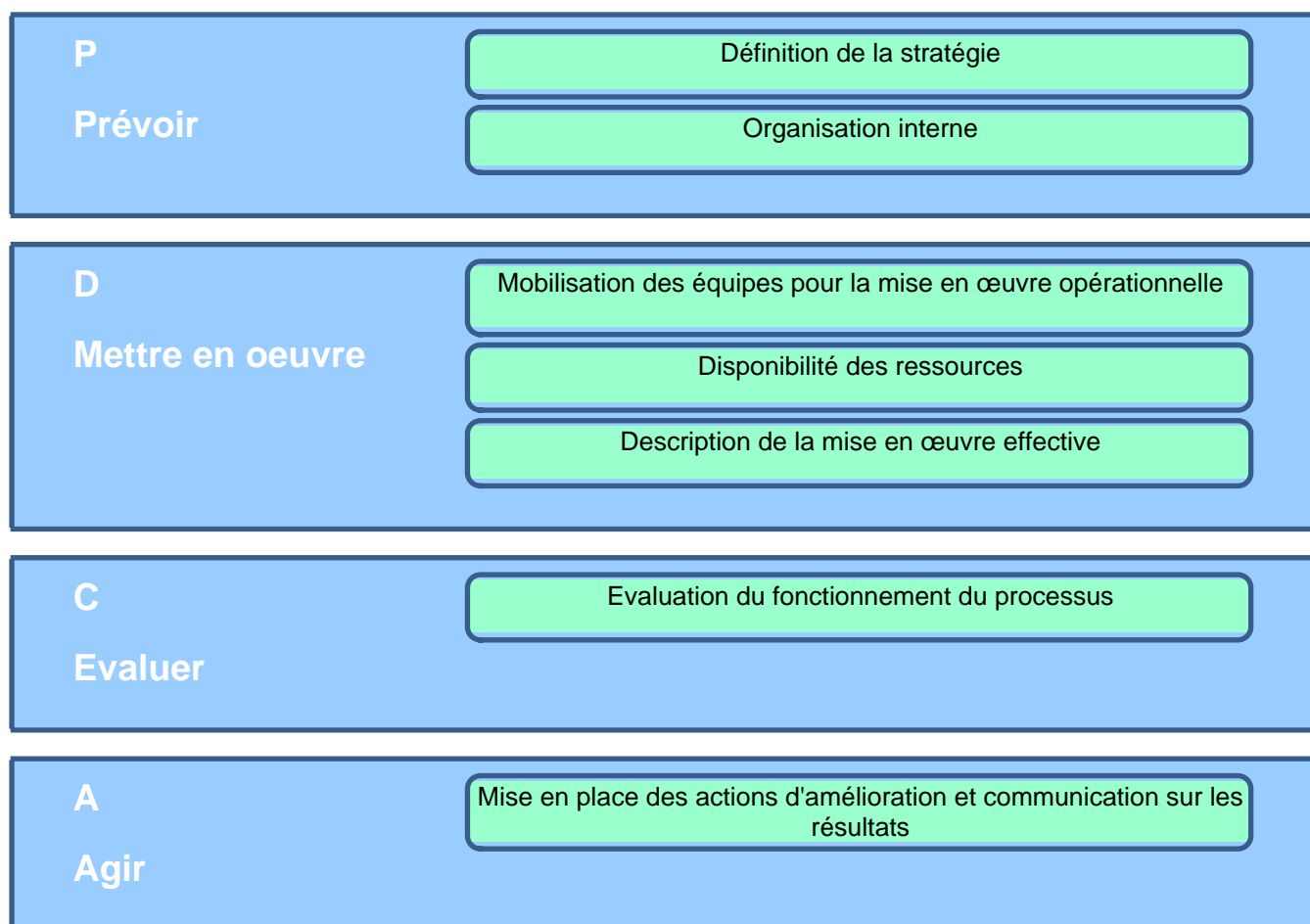
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier spécialisé de Saint Rémy et Nord de Franche-Comté a formalisé sa politique de développement au sein de son schéma directeur du système d'information (SDSI). L'établissement a réalisé un état des lieux de son système d'information et a procédé au recueil des besoins des professionnels. Il a identifié ses besoins en matière de modernisation et de développement du système d'information. Ce SDSI, révisé annuellement, est validé par les instances. Il traduit en projets opérationnels les besoins identifiés, projets d'évolution ou de mise en place de nouveaux services, projets d'accompagnement des utilisateurs et de développement des outils. Il existe également une politique de sécurité du système d'information (indicateur HN P3.1), arrêtée et validée en mars 2015 par la commission de l'information médicale (CIM), qui permet de répondre aux obligations légales dans ce domaine. L'établissement a réalisé un diagnostic de sécurité de son système d'information lui permettant d'identifier les principaux risques et les moyens à mettre en œuvre pour les prévenir. Ces politiques utilisent les indicateurs hôpital numérique (HN). Elles sont connues des responsables de l'établissement et des membres des instances. Les résultats des indicateurs du programme HN et de suivi du schéma directeur du SI font l'objet d'une communication organisée auprès des professionnels et des usagers. Les objectifs de développement prennent en compte les orientations fixées par le programme HN et s'appuient sur les indicateurs associés.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage et la mise en œuvre du SDSI, de la politique de sécurité du système d'information, ainsi que le suivi du programme d'action sont assurés par la commission de l'information médicale (CIM). Le règlement intérieur de la CIM intègre l'identitovigilance, le développement du système d'information et la sécurité du système d'information. Un référent sécurité du système d'information a également été nommé. Ses missions et activités sont définies dans sa fiche de poste. Les rôles et responsabilités des professionnels du service informatique sont définis. L'établissement a rédigé des chartes d'accès et de bon usage du SI dans lesquelles sont précisées les responsabilités des différents utilisateurs et les règles d'utilisation de l'outil informatique. Une cellule d'identitovigilance est en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le SDSI et la politique de sécurité du SI sont déclinés en projets et plans d'actions, issus notamment de l'audit logique réalisé par l'établissement en septembre 2014 et de l'analyse des attendus du programme HN. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi). Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les surveillants chefs, ainsi que les professionnels du service informatique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met en place des actions de formation pour les professionnels directement impliqués dans la mise en œuvre du SDSI et de la politique de sécurité du SI. Les besoins en formation des utilisateurs de l'outil informatique sont également identifiés et des actions de formation sont programmées. En particulier, l'établissement a formé tous les professionnels de santé à l'utilisation du logiciel dossier patient. Dans le cadre du plan de déploiement de ce logiciel pour le dossier de soins infirmiers, prévu le 29 juin 2015, il a ainsi formé des référents infirmiers dans tous les services, et créé et mis à disposition des soignants un didacticiel de formation. Les nouveaux arrivants sont également formés à l'utilisation des logiciels mis à leur disposition.

Les procédures nécessaires à la mise en œuvre du SDSI ou de la politique de sécurité du SI (procédure de signalement des dysfonctionnements, demande d'assistance ou d'équipements) et à la continuité de la prise en charge du patient en cas de sinistre touchant le SI (procédure dégradée du SI, modalités de retour à la normale (indicateur HN P2.3)) sont formalisées et mises à la disposition des professionnels. L'établissement s'est engagé sur un Plan de Continuité d'Activité du SI, formalisé et validé en mars 2015. Les patients et leur entourage sont informés des conditions d'utilisation des données de santé, notamment dans le livret d'accueil. Les besoins des utilisateurs sont identifiés et pris en compte et l'établissement dispose d'un outil de suivi et de renouvellement de son parc informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du SDSI. La mise en place du dossier de soins informatisé, prévu le 29 juin 2015, qui constitue l'opération majeure en cours en la matière, a en particulier mobilisé toutes les équipes de l'ensemble des secteurs d'activité hospitaliers et extra-hospitaliers. Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective. L'accès des utilisateurs habilités au SI se fait par login et mot de passe personnel, et les droits d'accès sont définis par profil. L'établissement peut conserver les traces d'accès aux applications informatiques gérant des données de santé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des modalités d'évaluation régulière du système d'information et de sa sécurité sont définies. Le responsable informatique s'appuie sur l'analyse d'indicateurs, notamment des indicateurs hôpital numérique, pour suivre la mise en œuvre du SDSI. Le référent sécurité du SI, récemment nommé, s'assure que les procédures et les systèmes sont conformes à la sécurité en s'appuyant sur l'analyse des indicateurs HN et le plan d'action qui en découle, ainsi que sur les audits réalisés, dont l'audit logique réalisé en septembre 2014.

A / AGIR

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

Des réajustements sont réalisés en fonction des résultats des évaluations, que ce soient sur le champ de l'évolution du système d'information ou sur celui de la sécurité du système d'information. Ainsi, le déploiement du SDSI fait l'objet d'évaluations annuelles, conduisant à une actualisation du plan d'action. Par exemple, le projet d'évolution vers un système d'information globalisé, avec un logiciel du dossier patient unifié, a fait l'objet d'adaptation, en raison notamment du paramétrage complexe du dossier de soins infirmiers, conduisant à un décalage du calendrier prévisionnel. Le plan d'action d'amélioration issus de l'audit logique fait également l'objet d'évaluation conduisant à des actions d'amélioration notamment, par exemple, pour le projet de mise en place d'un plan de reprise d'activité.