



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
ROSHEIM**

**14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim
Bp 32 rosheim
67128 MOLSHEIM
JANVIER 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
ANNEXE	40

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE ROSHEIM	
Adresse	14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim 67128 MOLSHEIM
Département / région	BAS-RHIN / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	670016674	GCS PHARMACIE INTERHOSPITALIERE D'OBERNAI	1 rempart monseigneur caspar Bp 201 67211 OBERNAI
Entité juridique	670780675	HOPITAL DE ROSHEIM	14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim Bp32 rosheim 67128 MOLSHEIM
Etablissement de santé	670000371	CENTRE HOSPITALIER DE ROSHEIM	14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim Bp 32 rosheim 67128 MOLSHEIM

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	20

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - GCS PUI D'Obernai Intégration de l'établissement au GHT n°10 à compter du 01/07/2016 - EOHI de Sélestat depuis février 2011 - Blanchisserie CH d'Erstein depuis février 2003 - Réseau de soins SSR depuis janvier 2005 - Réseau RASP depuis avril 2009 - Coopération informatique inter hospitalière (GIP Symaris) depuis janvier 2010

- Consultations psychiatriques depuis octobre 2005

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Parcours du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR	polypathologie	Programmée	Complexe	SSR
2	Personne âgée	SSR	gériatrie	Programmée	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

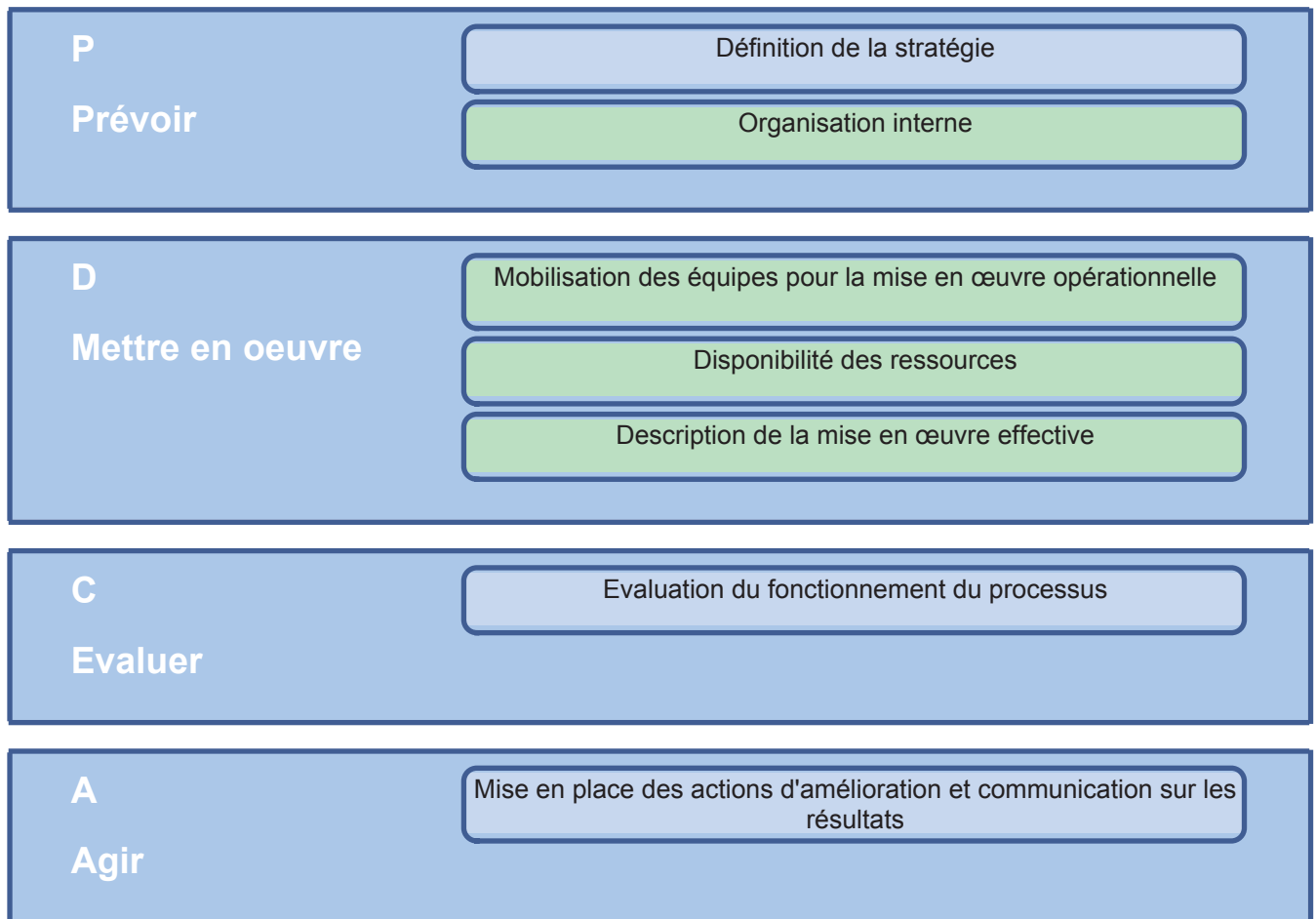
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier de Rosheim est formalisée dans le projet d'établissement 2014-2018 ainsi que dans le document de politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques articulée autour de sept axes. Il s'agit notamment de garantir les droits individuels et collectifs des patients et résidents, d'améliorer la prise en soins, de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, de pérenniser la démarche d'analyse des pratiques professionnelles, d'optimiser et perfectionner le management de la qualité. Le projet qualité et gestion des risques établi pour la période 2014-2018 intègre la démarche des EPP. La politique, portée par le management, intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise (plan blanc, plan bleu, plan de gestion des risques, plan de sécurisation, plan de gestion des épidémies).

Elle vise notamment à promouvoir le respect des droits des usagers. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est constitué d'objectifs par processus qui sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Ils concernent notamment pour le management de la qualité, le programme de management de la qualité, la gestion documentaire, les EPP et la satisfaction des usagers. Les risques sont hiérarchisés avec les professionnels concernés par thématique selon la méthodologie de la HAS.

Une cartographie des risques a été établie. Un manuel qualité et gestion des risques a été mis en place en septembre 2017. La stratégie mise en place permet de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. La politique EPP est définie dans un document de politique établi en décembre 2014. Le programme est présenté aux instances. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies (objectifs, actions, échéances, etc.). Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connus.

Le compte qualité reprend les actions prioritaires du PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le schéma général de l'organisation de la qualité et de la gestion des risques a été établi dans un organigramme qualité prenant en compte les différentes instances dont le COQUARIS. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées. Le pilotage de la gestion de la qualité et gestion des risques est assuré par le comité qualité et des risques présidé par la directrice. Le coordinateur des risques associés aux soins est le responsable qualité. Les représentants des usagers participent aux instances traitant de à l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique qualité notamment dans le cadre de la CDU. Les pilotes de chaque thématique sont désignés. Une fiche de mission a été établie. La gestion du compte qualité est réalisée en collaboration avec les pilotes des thématiques. Il existe une stratégie concourant à impliquer et sensibiliser les professionnels. Les plans de formation sont identifiés et permettent de répondre aux besoins de l'établissement. La gestion documentaire est prévue et organisée. Elle est disponible sur le réseau de l'établissement. Les différentes EPP au nombre de seize figurent sur un tableau de bord. La planification des EPP est présentée et validée en COQUARIS. Les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs sont fixés. La gestion des circuits et interfaces est organisée. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé. Le mode opératoire figure dans le livret d'accueil du patient et dans le règlement intérieur de la CDU. Une procédure a été établie pendant la visite suite à une observation des experts visiteurs, ce qui atteste de la réactivité de l'établissement. Une procédure de signalement des événements indésirables décrit le processus de déclaration ainsi que la méthode d'analyse et de traitement. La déclaration des événements indésirables est réalisée sur un support « papier ». L'organisation en place permet d'assurer le signalement et l'analyse de façon exhaustive des événements indésirables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement a mobilisé les professionnels autour des pilotes des thématiques afin d'élaborer le compte qualité notamment au sein du COQUARIS et d'autres instances. L'établissement a établi le programme d'actions avec des responsables identifiés et des échéanciers. Le programme d'amélioration de la qualité reprend les risques par processus. Il existe un plan d'actions propre au secteur avec des actions communes et des actions spécifiques au secteur SSR. Des actions de communications sont mises en œuvre afin de sensibiliser les professionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer le programme d'amélioration qualité et sécurité des soins. Des bilans annuels sont élaborés pour la gestion des FEI. Une sensibilisation régulière est réalisée auprès des professionnels. Un poster avec des échelles de risques est affiché dans les services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles sont adaptées aux activités de l'établissement. Des formations propres à la qualité et la gestion des risques ont été réalisées.

Le plan de formation comprend une partie pour le projet qualité et gestion des risques. Le plan 2017 a pris en compte notamment les événements indésirables, l'analyse ORION et les vigilances. Par ailleurs, une formation de gestion des risques associés aux soins a été dispensée par un organisme extérieur en juin 2015 pour les encadrants. La formation des professionnels est prévue dans le plan 2018. La formation des nouveaux arrivants porte sur la présentation de l'établissement, la gestion de crise, la bientraitance et également sur la politique qualité et gestion des risques. Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis. La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers. Le dispositif de gestion documentaire permet de diffuser les documents aux personnels dans les services. Les protocoles et procédures sont mis à jour. Il y a des classeurs dans le service qui sont mis à jour par le responsable qualité. Les professionnels sont formés en interne à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables ainsi qu'à la gestion documentaire. Enfin, les locaux de l'établissement sont conformes et adaptés à l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe un comité de retour d'expériences (CREX). L'analyse des fiches de signalement est prévue à périodicité définie par le responsable qualité et diffusé. Les événements indésirables sont identifiés, analysés et des actions d'amélioration sont mises en place. Des fiches spécifiques pour les chutes et les erreurs médicamenteuses sont mises à disposition. Le bilan des événements indésirables permet de distinguer de façon exhaustive tous les événements. Il a ainsi été déclaré 146 événements en 2016. Un retour d'information est réalisé auprès des déclarants. Un bilan des EI est réalisé par risque et par criticité. Une statistique est établie spécifiquement pour les chutes. La veille sanitaire et réglementaire permet d'assurer la diffusion des alertes et des textes réglementaires. La coordination des dispositifs des vigilances, de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et gestion des risques est assurée. Un tableau des différents vigilants mis à jour en 2017 a été diffusé. Les correspondants sont identifiés. Les alertes descendantes pour la pharmacovigilance sont reçues sur le fax de la pharmacie qui se trouve à Obernai. Celle-ci est fermée le week-end et il n'a pas de réception sur le site de Rosheim. Les autres alertes sont reçues sur le fax du service SSR. Une procédure a été élaborée pendant la visite. La gestion de crise est formalisée notamment avec les différents plans. Les plaintes et réclamations sont recueillies par la direction de l'établissement. Elles sont présentées à la CDU et font l'objet d'un plan d'actions. Il existe un lien avec le système de déclarations des événements indésirables. Le bilan fait apparaître une réclamation en 2016 et aucune en 2017. Une organisation est en place afin d'assurer le déploiement des démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels. Les réunions de service ont lieu en principe une fois par trimestre. Un compte rendu est établi ainsi qu'un tableau des décisions prises. Les comptes rendus sont affichés dans le service. Pour l'année 2017, une seule réunion a eu lieu en juin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du management de la qualité et de la gestion des risques au moyen d'indicateurs. Des indicateurs ont été mis en place par processus. Une fiche indique la méthode de suivi pour le suivi des indicateurs d'activité et de performance par processus. Les revues de processus sont réalisées par le COQUARIS. Les résultats obtenus sont diffusés. Les indicateurs sont suivis et diffusés aux instances concernées, aux professionnels et aux usagers. Ils sont affichés dans les unités. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée au moyen du questionnaire de satisfaction. L'objectif d'un taux de retour de 50 % a été atteint. Une enquête concernant la restauration est réalisée périodiquement ainsi qu'une enquête flash. L'établissement utilise la méthode du patient traceur. Il a été réalisé neuf patients traceurs depuis deux ans. Les résultats sont présentés aux représentants des usagers et à la CDU. La fiche de signalement des événements indésirables et la gestion documentaire ont été évaluées. Toutes ces évaluations permettent d'identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des évaluations permet de déterminer des axes prioritaires d'amélioration. Un bilan de la démarche qualité gestion des risques est réalisé de façon périodique. Le programme qualité est réajusté par le responsable qualité en fonction des évaluations qui sont menées ainsi que des résultats obtenus par rapport aux objectifs qui ont été fixés. Un plan d'actions pour la gestion documentaire a été mis en place. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées

avec le programme d'actions et le compte qualité. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe auprès des instances ainsi qu'auprès des professionnels et des usagers. Les lettres « qualité » permettent de diffuser des informations aux personnels.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

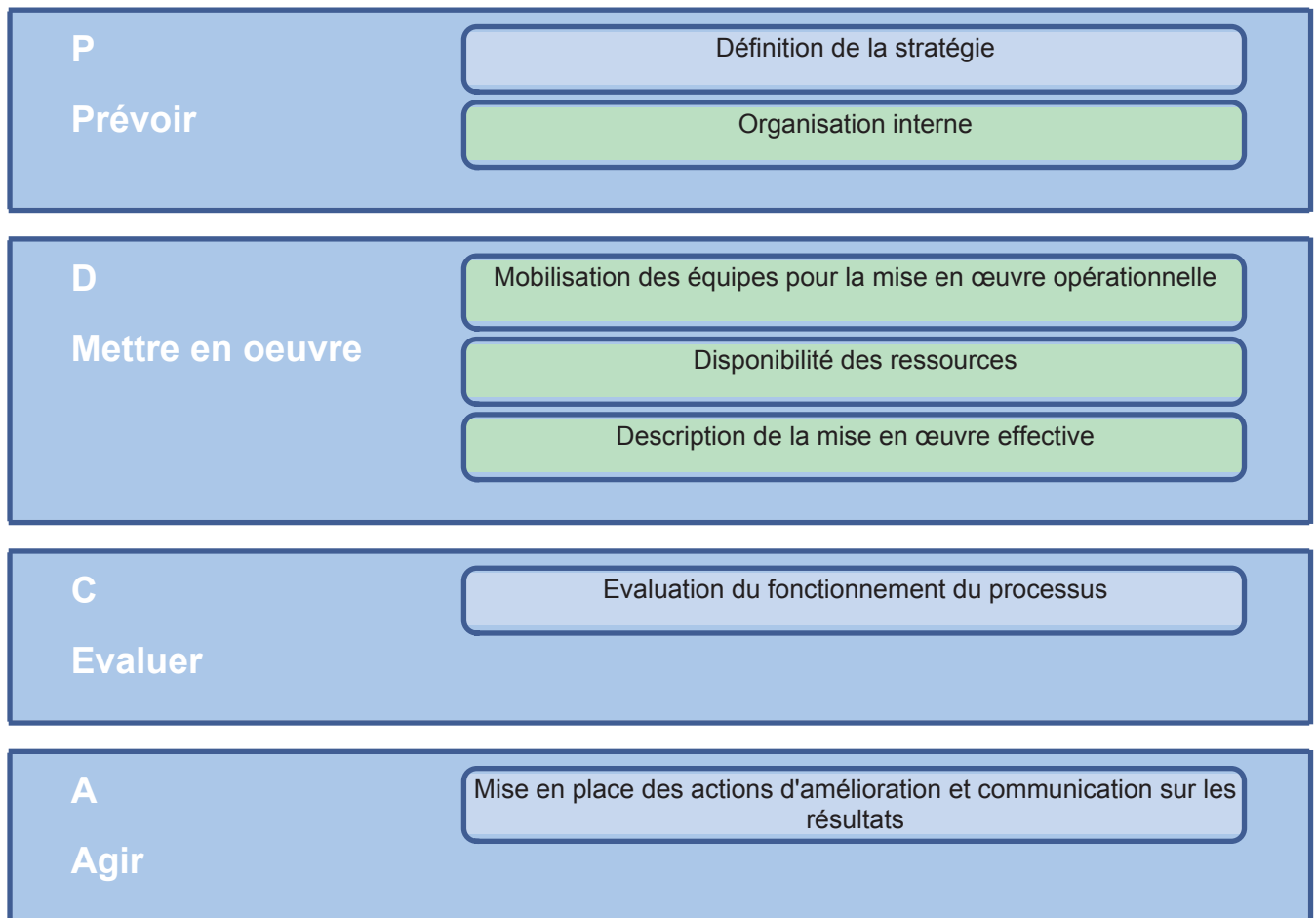
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Projet d'Établissement 2014-2018 a priorisé la poursuite de la lutte contre le risque infectieux. La politique relative à la maîtrise du risque infectieux est déclinée dans l'axe 2 du programme qualité et sécurité des soins : améliorer la détection et la prise en charge des risques inhérents à la population accueillie. La définition, l'analyse et la hiérarchisation des risques infectieux associés aux soins ont été réalisées à l'hôpital Saint Jacques de Rosheim par un groupe de travail porté par le médecin responsable de l'équipe d'hygiène interhospitalière (EOHI), l'infirmière hygiéniste avec le soutien méthodologique du responsable qualité selon une méthode structurée. La méthode de priorisation des risques permet de positionner, au regard des étapes du processus, les risques prioritaires identifiés dans le Compte Qualité. Les risques, actualisés en février 2017 au niveau de la cartographie des risques a priori, couvrent la maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et l'hygiène des locaux. Un risque prioritaire a été priorisé dans le Compte Qualité pour lesquels un plan d'actions est décliné en 2017 relatif à l'hygiène des mains. Un plan d'actions plus global établi et validé par le CLIAS (Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins) prévoit les actions à mener en matière de surveillance du risque infectieux, d'information, de formations, d'ateliers, d'audits et de contrôles au niveau de l'environnement. Le plan d'actions précise pour chaque action un responsable, une échéance, l'état d'avancement, les modalités de suivi. Il est priorisé et a été présenté pour validation au CLIAS, en CME (Commission Médicale d'Établissement) et ponctuellement en CDU (Commission des Usagers).

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Rosheim a défini une organisation pour le pilotage du processus qui englobe les risques infectieux liés à l'eau, au linge, aux déchets, au contact avec le sang (AES) et à l'hygiène des locaux. Le bon usage des antibiotiques est porté conjointement par le COMEDIMS et le CLIAS. Un processus gestion du risque infectieux a été formalisé sous forme de procédure ainsi que les rôles et missions des pilote et co-pilote. Le pilotage de la gestion du risque infectieux est assuré par le CLIAS, instance rattachée à la CME qui valide le programme annuel. Une convention a été signée entre les hôpitaux de Rosheim, d'Obernai et de Sélestat en 2011. Pour décliner sur le terrain la stratégie de gestion du risque infectieux, l'IDE hygiéniste et le président du CLIAS (médecin) s'appuient sur le Cadre de Santé qui participe aux réunions et sur la référente hygiène identifiée dans l'unité de soins de SSR. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions, en cours d'actualisation voire de formalisation, s'agissant des professionnels (IDE hygiéniste, correspondante hygiène et gouvernante, Agents des Services Hospitaliers - ASH). Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La PUI et l'EOH sont spécifiquement en charge de la promotion du bon usage des anti-infectieux, de la surveillance de la consommation des antibiotiques et de la lutte contre les résistances bactériennes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

Sur le plan des ressources humaines, une IDE Hygiéniste intervient à hauteur de 10% sur l'établissement (convention inter-établissement signée en 2011). La pharmacienne de la PUI est présente deux 1/2 journée par semaine et une infirmière correspondante hygiène a été désignée dans l'unité de soins SSR. Pour l'hygiène des locaux, les agents des services hospitaliers et les aides-soignants sont chargés du nettoyage des chambres. Le recueil des indicateurs liés au risque infectieux relève de l'IDE Hygiéniste et du coordonnateur des risques associés aux soins, qui est également le responsable de la qualité et de la gestion des risques sur l'établissement. Ce recueil fait l'objet d'une validation par le médecin Président du CLIAS. Sur le plan des compétences, le CLIAS définit chaque année les axes de formation à déployer et à inscrire au plan institutionnel. Le plan de formation institutionnel reprend annuellement des formations sur la thématique hygiène, comme celle réalisée en 2016 sur l'hygiène bucco-dentaire. Des actions de formations/sensibilisations portées par l'IDE hygiéniste et le réseau sont également prévues (comme l'accompagnement des professionnels pour la gestion des Picc Line, la formation des nouveaux arrivants, les sensibilisations menées lors de la journée hygiène des mains, lors des actions conduites au cours de la Semaine Sécurité des Patients). Ces actions font l'objet pour certaines d'une communication sur le site internet et dans la lettre qualité interne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires sont disponibles, accessibles et connues des professionnels. Elles sont intégrées sur un serveur dans le commun (procédure pansement, prise en charge des AES, recommandation sur l'hygiène des mains, recommandation pour la prise en charge des patients porteur de BMR, nettoyage du matériel, tri et élimination des déchets, etc). Les précautions standard et complémentaires sont mises à disposition dans les unités ainsi que les règles à respecter en cas de besoin d'isolement d'un patient. Les règles à adopter pour le tri sélectif des déchets sont affichées.

Les ressources matérielles nécessaires au bon fonctionnement du processus sont disponibles (tabliers de protection, chariots de soins, SHA dans les couloirs, armoires à linge propre fermées, chariots à linge sale etc.). Les professionnels sont associés aux choix des équipements et matériels (recueil de la satisfaction des professionnels en cours par rapport à de nouveaux matériels pour le bionettoyage des locaux. Les comptes rendus du CLIAS sont formalisés. Cependant, le local intermédiaire de stockage des déchets à risques dans l'unité de soins SSR n'est pas conforme à la réglementation. Un local des déchets contaminés existe au niveau du sous-sol de l'établissement. Dans l'unité de soins SSR, les équipes soignantes entreposent les DASRI dans un local identifié linge sale, non fermé à clef, dans lequel sont présents le lave bassin (source de chaleur), les déchets ménagers et les déchets destinés au tri sélectif et le linge sale. Il n'y a pas d'identification "DASRI" sur la porte du local. L'agent de maintenance les achemine de manière hebdomadaire au local dédié situé au sous-sol du bâtiment avant qu'un prestataire extérieur ne les prennent en charge. Par ailleurs, les ressources en compétences sont disponibles (médecin, infirmière hygiéniste, pharmacienne, cadre de santé, correspondant hygiène). Sur la base du plan de formation, les actions prévues sont dispensées soit par des organismes extérieurs, soit en interne par l'infirmière hygiéniste. Ces formations sont variées : formation en 2016 sur les règles élémentaires d'hygiène à appliquer aux activités des aides-soignants en établissement de santé, l'entretien du linge et la méthode HACCP en 2017.

Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation entre le dispositif de gestion du risque infectieux et les professionnels (la pharmacienne a accès aux résultats de biologie ainsi que les médecins via le dossier patient informatisé). Les représentants des usagers sont invités aux réunions du CLIAS. Le programme d'actions du LIAS est présenté en CDU et en CHSCT et validé par la CME.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services déclinent le programme qualité et gestion des risques institutionnels (PAQSS) recensant les actions liées à la gestion du risque infectieux, de façon transversale. Une vigilance particulière est apportée à l'hygiène des mains en raison de la priorisation des risques actualisés. L'information et la sensibilisation des professionnels sur le risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales sont réalisées selon différentes modalités : réunions de service, temps de transmissions orales, référents hygiène, l'intervention possible de l'IDE Hygiéniste tant en présentiel que par contact téléphonique. Le contrôle de la conformité des pratiques est mené de façon inopinée par le Cadre du Service et/ou à l'initiative de l'IDE Hygiéniste (respect des mesures pour les patients porteurs de BMR ; vérification des traçabilités pour l'hygiène des locaux par exemple par l'encadrante / bionettoyage...). Les résultats de ces contrôles et des évaluations réalisées ainsi que le suivi des indicateurs sont présentés en équipe. Des actions d'amélioration sont identifiées en CLIAS et la fiche papier de déclaration d'évènements indésirables est également identifiée comme une source d'information potentielle pour définir les dysfonctionnements et concourir à la définition des mesures pouvant être prises. Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis (traçabilité dans le dossier patient informatisé). Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'AES (affiche). Un avis médical par rapport à la consultation médicale est assuré par les médecins de l'établissement, y compris en période d'astreinte.

L'information donnée au patient et à sa famille par rapport aux précautions complémentaires est tracée dans le dossier patient informatisé. Les mesures sont connues et mises en œuvre. Les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre sous la surveillance de l'infirmière hygiéniste, du Cadre de Santé, de l'infirmière correspondante hygiène et de la gouvernante qui a pris ses fonctions d'encadrante pour le bionettoyage récemment sur l'institution. La traçabilité de l'entretien des locaux est effectuée (fiches de traçabilité...). La traçabilité de l'entretien des salles de soins, ainsi que la traçabilité du relevé des températures frigos sont effectives. La purge des circuits d'eau est réalisée et tracée. L'hygiène en restauration est également assurée. Seul le relevé des températures lors de la distribution des repas est assuré par les agents de service. Différentes méthodes adaptées de surveillance et d'évaluation sont utilisées (audit, quick audit, prélèvements de surface, etc.). Un affichage des indicateurs est effectif dans chaque service. Le signalement par la fiche d'évènement indésirable (FEI) de l'établissement est mis en œuvre. Le CLIAS se réunit 3 à 4 fois par an sur convocation du médecin Président de l'instance. Les comptes rendus des réunions sont rédigés. Comme le confirment les valeurs de la plupart des indicateurs spécifiques, la mise en œuvre de la prévention et de la lutte contre les infections associées aux soins est effective au sein de l'établissement avec la priorisation sur l'hygiène des mains pour 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'IDE Hygiéniste, en lien avec le CLIAS, assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux sur la base d'outils identifiés et adaptés. Les résultats sont exploités et concourent à identifier des actions correctives. Les méthodes d'évaluation du processus sont variées (Réévaluation de l'ATB entre la 24ème et la 72ème heure, suivi des AES, audit précautions standards, quizz hygiène des mains, recueil et suivi des IQSS, audit entretien des surfaces, prélèvements bactériologiques de l'eau, suivi de la consommation des antibiotiques et des BMR / BHRé dans le cadre du réseau CEPIAS Grand Est, la participation à l'enquête de prévalence en 2017. Certaines modalités d'évaluation sont reconduites avec une périodicité définie, comme la méthode du patient traceur mise en place en 2016. Le volet du plan d'action qualité relatif à la gestion du risque infectieux fait l'objet d'une revue lors des réunions du CLIAS auxquelles participe le responsable qualité, coordonnateur des risques associés aux soins, permettant ainsi la mise à jour du PAQSS institutionnel, comme le projet d'actualisation des procédures relatives à l'hygiène des locaux programmée en 2017. Un bilan d'activité annuel du CLIAS est formalisé. La Direction soumet ce bilan dans le cadre du bilan global de la qualité et des risques aux instances (CME, CHSCT et CDU) pour avis dans leur champ de compétences.

A / AGIR

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

Dans le cadre de l'analyse des données disponibles, l'établissement a commencé à déployer des actions notamment en regard de la valeur de l'ICSHA 2. Les actions d'amélioration mises en œuvre au vu des résultats constatés sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (PAQSS). A la faveur de la reconduction d'évaluations, l'établissement mesure l'impact des actions conduites et réajuste ses objectifs le cas échéant.

Des supports et modalités de diffusion sont établis et la communication des actions et des résultats est réalisée, comme pour le retour sur l'Epidémie d'Infection Respiratoire Aigüe (IRA) réalisé en 2017. La communication des résultats des indicateurs nationaux et institutionnels (quizz hygiène, quick audit hygiène des mains selon la méthodologie du GREPHH par exemple) se fait au travers d'affichage dans les secteurs de soins. Les journées sur la Semaine Sécurité des Patients permettent également de communiquer les résultats. La Cadre de Santé, la référente hygiène ainsi que la gouvernante sont des vecteurs privilégiés pour le retour d'information auprès des équipes soignantes.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Le local intermédiaire de stockage des déchets à risques dans l'unité de soins SSR n'est pas conforme à la réglementation.</p> <p>Un local des déchets contaminés existe au niveau du sous-sol de l'établissement. Dans l'unité de soins SSR, les équipes soignantes entreposent les DASRI dans un local identifié linge sale, non fermé à clef, dans lequel sont présents le lave bassin (source de chaleur), les déchets ménagers et les déchets destinés au tri sélectif et le linge sale. Il n'y a pas d'identification "DASRI" sur la porte du local. L'agent de maintenance les achemine de manière hebdomadaire au local dédié situé au sous-sol du bâtiment avant qu'un prestataire extérieur ne les prennent en charge.</p>	7e

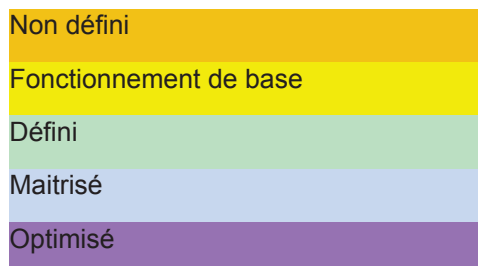
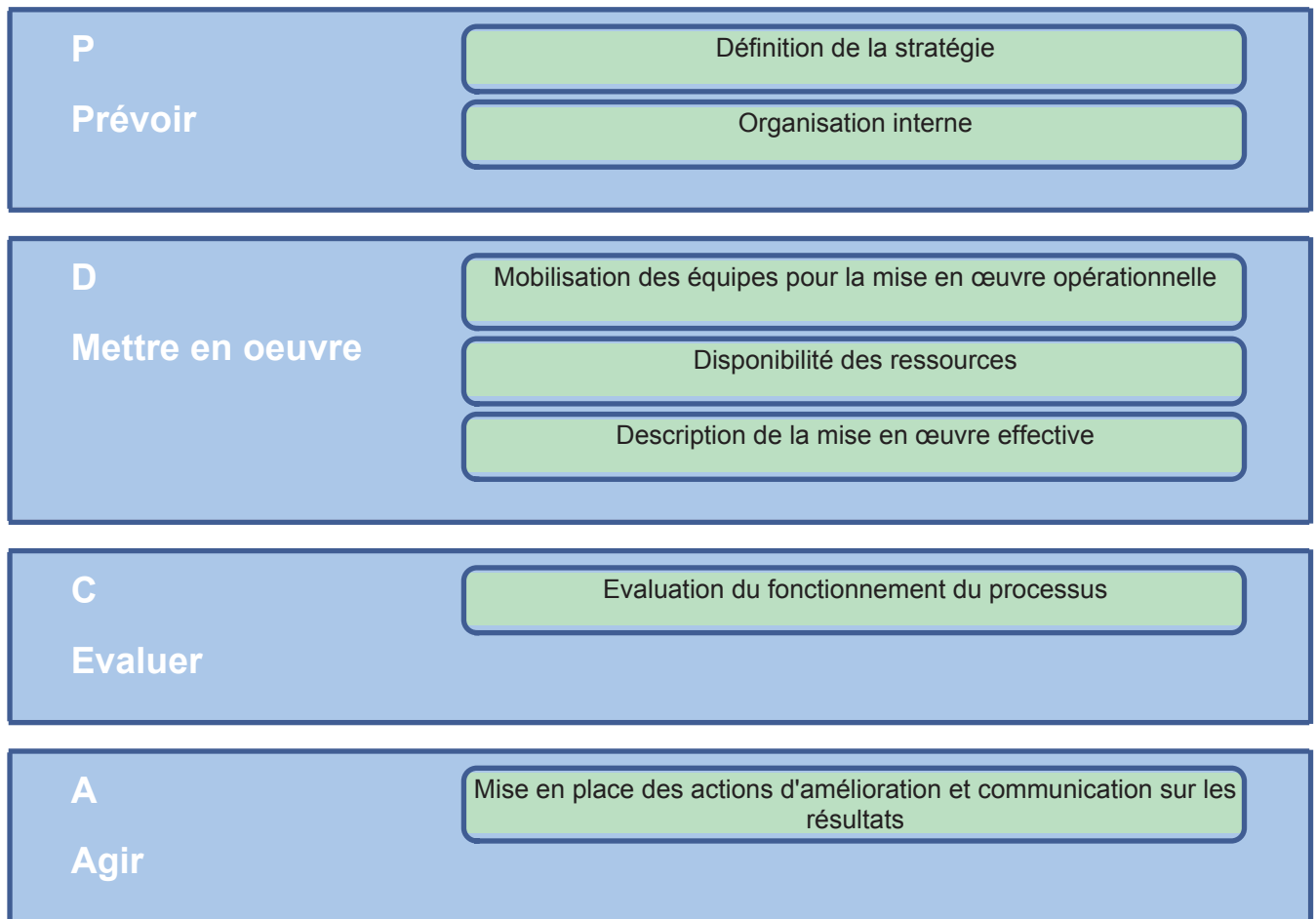
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant les droits des patients du CH de ROSHEIM est définie notamment dans le projet d'établissement 2014-2018 afin de garantir le respect des droits des patients (projet médical et projet de vie). Des actions sont prévues dans le cadre de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les droits des patients sont également pris en compte dans la politique qualité au niveau des axes 1 et 2 portant sur les droits individuels et collectifs des patients (implication des usagers et promotion de la bientraitance), l'amélioration de la prise en soins des patients.

Ces orientations ont été élaborées par le COQUARIS en tenant compte des recommandations de la HAS, des orientations prioritaires fixées par l'établissement, de l'identification des axes d'améliorations et des références du manuel de certification. Les besoins et les risques ont ainsi été identifiés dans une cartographie des risques. Les objectifs sont identifiés et déclinés dans un programme institutionnel d'action unique et priorisé.

Trois risques ont été sélectionnés dans le compte qualité. Les risques sont hiérarchisés. Ils concernent l'information du patient, les directives anticipées et la maltraitance. Une action d'amélioration a été mise en œuvre et a été reprise dans le compte qualité. Les actions relatives aux droits du patient prennent en compte les données et les projets issus des éventuelles enquêtes, des éventuels événements indésirables et des recommandations des représentants des usagers. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. La charte des patients hospitalisés et la charte de la bientraitance sont affichées dans l'établissement. Le programme est présenté aux instances et notamment aux représentants des usagers et à la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par la directrice et la représentante des usagers. Le pilote est désigné et les missions sont bien identifiées. Les plans de formation et notamment 2016 et 2017 ont pris en compte les droits des patients.

Les plans de maintenance, travaux et achats permettent de prendre en compte les besoins de l'établissement. Le dispositif de gestion documentaire comprend les documents nécessaires relatifs aux droits des patients. Le PAQSS prend en compte les actions d'améliorations avec un échéancier. Le bilan de la CRUQPC est présenté aux instances. Le livret d'accueil du personnel prend en compte également le respect des droits du patient. Des actions de communication sont également organisées auprès des patients notamment au moyen du livret d'accueil du patient ou par affichage dans les couloirs des services. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les actions d'amélioration sont identifiées dans le plan d'action. Les déclarations des événements indésirables, lorsqu'il y en a sur ce thème, sont analysées. Des actions de communication permettent de sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques comme par exemple la bientraitance. Des actions correctives peuvent être mises en place en cas de besoin au vue des analyses de fiches d'événements indésirables. Elles sont identifiées avec la participation des professionnels. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. L'information relative à la gestion des plaintes et réclamations et la commission des usagers est organisée et formalisée. L'établissement est engagé dans la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. La charte de la personne hospitalisée et la charte de la bientraitance sont affichées dans l'établissement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont formalisées et diffusées. La cartographie des risques de maltraitance a été validée en CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes avec la mise à disposition de professionnels spécifiques : kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicienne, psychologue. Les locaux sont adaptés à la prise en charge. Il y a sept chambres à un lit et sept chambres à deux lits. Dans les chambres à deux lits, un rideau de séparation permet de préserver l'intimité des patients lors des soins. Les cabinets de toilettes des chambres sont équipés de lavabos et WC. La baignoire et la douche se trouvent dans un autre local. Le matériel se trouvant dans ce local est enlevé lors de l'utilisation de cette salle de bain commune. Des formations sont réalisées sur les droits des patients et notamment la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les procédures concernant les droits des patients sont accessibles sur la

gestion documentaire informatique et les classeurs dans le service SSR. Les documents sont mis à jour par le responsable qualité. Il s'agit par exemple de procédures pour la mise en place d'une contention physique, le recueil de la personne de confiance, les directives anticipées, les modalités d'information et de recueil du consentement du patient, la confidentialité, la dignité et l'intimité etc.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont réalisés. Il existe en effet des espaces dédiés pour la communication avec les patients ou les rendez-vous avec les familles. Un lit d'appoint est mis à disposition sur demande. La psychologue intervient selon les besoins. Il n'y a pas de restriction d'horaire de visite pour les fins de vie. Un hébergement est possible pour les familles au couvent à côté de l'hôpital en cas de besoin. Une procédure concernant l'information du patient et notamment en cas de dommage lié aux soins a été établie. Elle décrit les modalités d'organisation de l'annonce en cas de dommage lié aux soins. L'information du patient est tracée par le médecin dans le dossier s'il y a lieu. Le recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant du refus de soin est réalisé dans les situations qui le nécessitent. Un imprimé comportant le mode opératoire a été mis en place. La participation du patient et s'il y a lieu de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est réalisée. Les informations sont tracées dans les dossiers. Il n'existe pas d'hospitalisation sans consentement dans l'établissement. Des réunions pluridisciplinaires sont réalisées trois fois par semaine par chaque médecin pour leurs patients. Les transmissions ciblées sont tracées dans le dossier. Les patients sont informés sur leurs droits notamment au moyen du livret d'accueil. La visite du local d'archives, dans lequel sont rangées les archives médicales et administratives, a permis de constater que les archives médicales du service SSR étaient rangées dans des armoires fermées à clé. Toutefois, l'organisation et les pratiques relatives aux restrictions de liberté ne sont pas conformes à la réglementation. Il existe une procédure concernant la contention et sa réévaluation. Toutefois, il a été constaté dans le service SSR qu'une contention (barrière et « segufix » avait été posée par une infirmière le samedi 23 septembre sans prescription médicale. Le médecin de garde n'a pas été appelé et la situation a été régularisée le lundi 25 septembre par le médecin. Il faut noter toutefois, que ce dysfonctionnement n'est pas récurrent et que le respect des règles dans ce domaine est une des priorités de l'établissement. Une EPP est d'ailleurs réalisée sur ce thème.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la satisfaction du patient ainsi que l'évaluation portant sur les droits des patients sont réalisés au moyen : du questionnaire de sortie, d'enquêtes de satisfaction, d'enquêtes sur la qualité de la restauration, des audits selon les indicateurs QSS, des patients traceurs. Une EPP sur la contention de la personne âgée est en cours (EPP débutée en 2013, étape 3). Des indicateurs de suivi sont élaborés et diffusés pour les droits des patients. L'établissement recueille les indicateurs « Hôpital Numérique ». Les trois indicateurs concernent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Les résultats sont égaux ou supérieurs aux seuils d'éligibilité.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration a conduit à réexaminer le programme qualité et risques. Les actions d'améliorations sont identifiées. Les actions sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Le plan d'actions des patients traceurs est intégré au PAQSS. Un suivi régulier avec réactualisation des actions est réalisé en CDU (demande de dossiers, plaintes et réclamations, satisfaction patients, information patient, etc.). La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers. Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis. La communication est réalisée également par affichage dans l'établissement ainsi qu'au moyen de la lettre qualité diffusée avec la fiche de paie. Un poster sur le processus droits des patients est mis à disposition du service SSR.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>L'organisation et les pratiques relatives aux restrictions de liberté ne sont pas conformes à la réglementation.</p> <p>Il existe une procédure concernant la contention et sa réévaluation. Toutefois, il a été constaté dans le service SSR qu'une contention (barrière et « segufix » avait été posée par une infirmière le samedi 23 septembre sans prescription médicale. Le médecin de garde n'a pas été appelé et la situation a été régularisée le lundi 25 septembre par le médecin.</p> <p>Il faut noter toutefois, que ce dysfonctionnement n'est pas récurrent et que le respect des règles dans ce domaine est une des priorités de l'établissement. Une EPP est d'ailleurs réalisée sur ce thème.</p>	10e

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

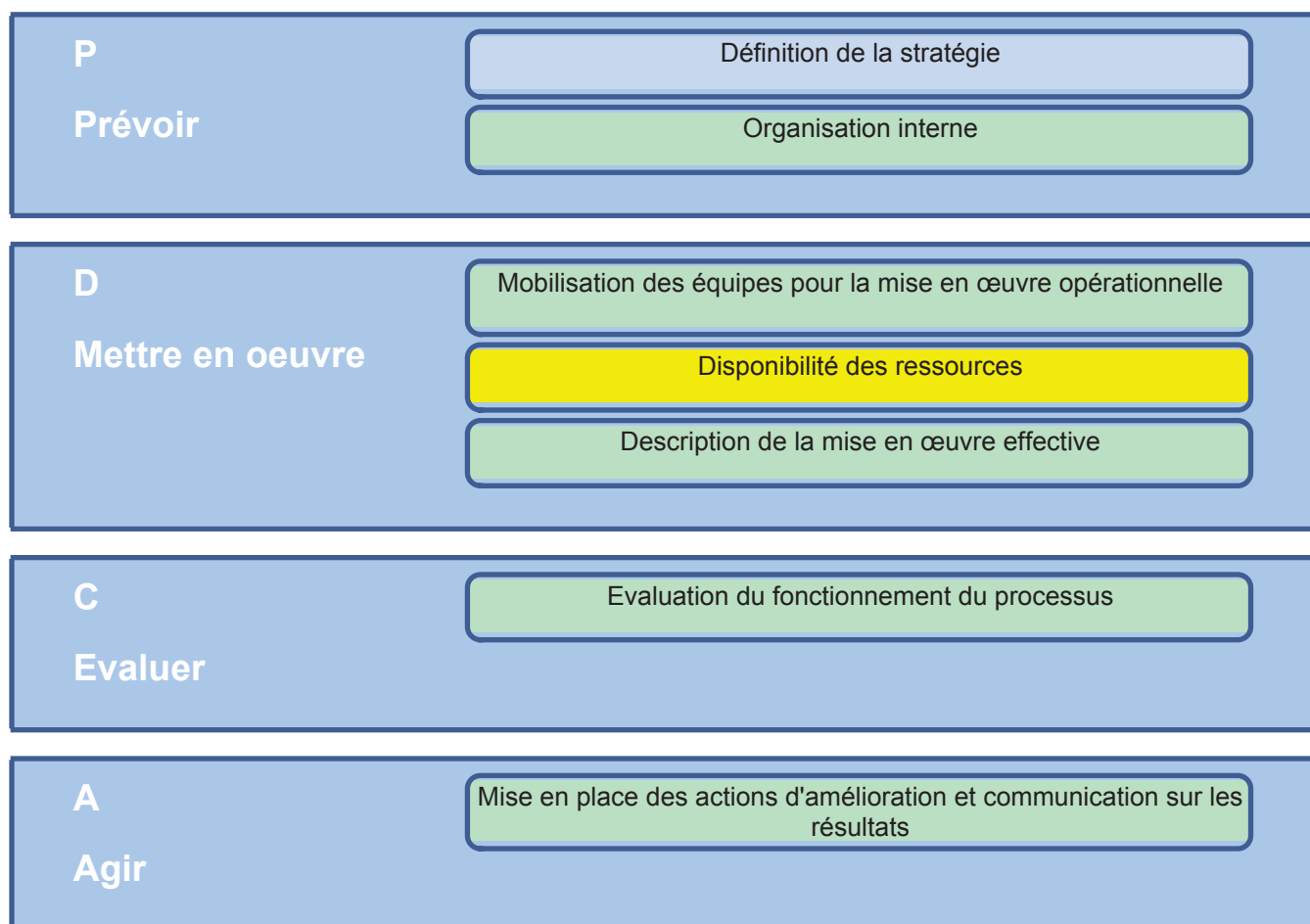
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique relative au parcours du patient a été formalisée dans le projet d'établissement 2014-2018, notamment au niveau du projet médical et de soins afin de conforter l'unité de 20 lits de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) ainsi que les 2 lits de soins palliatifs dédiés au sein de l'unité de soins, d'améliorer l'organisation de la prise en charge médicale et le suivi médical au cours du séjour en SSR, de mieux préparer la sortie et de favoriser l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique. La politique qualité, sécurité de soins et gestion des risques 2014-2018 a également été formalisée et validée par les instances afin de mettre en œuvre un programme d'actions sur le respect des droits des patients et l'amélioration de la prise en soins des malades. Une cartographie des risques a priori a été élaborée. Le compte qualité de l'hôpital Saint Jacques a identifié les risques prioritaires sur la thématique du parcours du patient et a défini un plan d'actions afin d'améliorer spécifiquement la mise sous contention, la nutrition et les ré-hospitalisations. Ces plans d'actions sont intégrés dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

L'hôpital Saint Jacques fait désormais partie d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Le projet médical partagé a été validé et le projet de soins de territoire est en cours de formalisation afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins, de santé et de vie des patients pris en charge sur le territoire de santé.

ORGANISATION INTERNE

Le processus parcours du patient est formalisé tant au niveau d'une procédure validée et intégrée dans la gestion documentaire que par un poster affiché dans l'unité de soins. Afin d'atteindre les objectifs fixés, l'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et missions des pilotes et co-pilotes ont été formalisés et validés. Le cadre de santé de l'unité de soins a été nommé par le directeur pour piloter la thématique en lien avec le parcours du patient en lien avec le coordinateur des risques associé aux soins, qui est également le responsable qualité de l'établissement et le collège médical. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le plan de formation, validé institutionnellement, précise annuellement les actions de formation prioritaires. Des actions de formation sur le thème de l'éducation thérapeutique sont inscrites au plan de formation afin de permettre un accès pour les patients aux programmes d'ETP du territoire. Une gestion documentaire est organisée et structurée par le responsable qualité. Les procédures et protocoles en lien avec le parcours patient sont formalisés. Une procédure de prise en charge en SSR a notamment été formalisée et décrit les étapes du parcours patient en SSR depuis l'admission jusqu'à la sortie. Enfin, la gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de l'hôpital Saint Jacques de Rosheim, administratif, logistique, médico-technique et l'unité de soins SSR organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les objectifs du projet d'établissement, du CPOM, ont été réaffirmés dans le projet qualité, sécurité de soins et gestion des risques 2014-2018 afin d'améliorer la prise en soins des patients, de garantir leurs droits, d'ouvrir l'établissement vers l'extérieur, de développer les compétences et nourrir l'implication des personnels en optimisant le management de la qualité et de la sécurité des soins. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés du parcours du patient tout au long de sa prise en charge par des actions de communication tant institutionnelles que par des informations régulières transmises par le cadre de santé. Les médecins et le cadre de santé s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles. Des actions correctrices ont été identifiées et intégrées dans le Compte Qualité, comme l'absence de prescription pour la contention ou encore le risque de dénutrition.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des professionnels sont disponibles dans l'unité de soins SSR et répondent aux besoins et aux spécificités des patients pris en charge dans l'établissement en lien avec sa spécificité. Les rôles et responsabilités sont déclinés dans la procédure qui a été actualisée en septembre 2017.

Les professionnels sont formés aux droits des patients. Cependant, les ressources humaines en termes de compétences ne sont pas totalement disponibles. Le maintien des compétences AGEFSU de niveau 2 pour les infirmiers n'est pas assuré. Le plan de formation continue de l'établissement ne le planifie pas. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas formés à l'aide au repérage de la crise suicidaire. Il n'a pas été

retrouvé de formation spécifique relative à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Toutefois, la psychologue évalue systématiquement la thymie de tous les patients hospitalisés en SSR afin d'évaluer le risque suicidaire et le recours aux spécialistes du secteur psychiatrique. Les soignants ont été formés à l'écoute patient, au concept d'humanité.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Une gestion documentaire mise en place par le responsable qualité permet aux professionnels d'accéder aux documents utiles à leur exercice. Des documents sont également disponibles à l'intention des patients comme le livret d'accueil et la plaquette relative à la désignation de la personne de confiance. Cependant, le chariot d'urgence n'est pas conformes aux bonnes pratiques. Un chariot d'urgence est stocké dans un local dédié situé à l'entrée du service de soins. La traçabilité du contrôle qualité des produits de santé conformément à la liste pré-établie et validée par la COMEDIMS, est assurée mensuellement par les infirmiers. Toutefois, le chariot d'urgence n'est pas scellé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'unité de soins SSR met en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne du service de soins en lien avec la filière de territoire. Un organigramme a été validé par la directrice. Les professionnels sont associés et très impliqués pour mettre en place l'organisation des parcours de soins et la prise en charge des patients. Un système de garde administrative et d'astreinte médicale est en place avec les trois médecins généralistes libéraux qui interviennent sur l'unité de soins afin de garantir la permanence des soins. Une procédure relative à l'admission est déclinée ainsi que pour l'accueil inopiné. Les activités et/ou tâches sont décrites avant l'admission suite à la demande exprimée par l'intermédiaire de la fiche trajectoire, le jour de l'admission, dans les 3 jours qui suivent l'admission, puis dans les 7 jours afin de bien préparer la sortie. Les actions à réaliser lors de l'admission et du départ du service SSR sont listées afin de réaliser un contrôle qualité de la prise en soins au niveau de l'équipe pluri-professionnelle : directeur, médecin, personne ressources chargées de l'accueil et des admissions, cadre de santé, infirmier, aide-soignant, équipe hôtelière, rééducateurs, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale. Une évaluation initiale de l'état de santé est systématiquement réalisée et planifiée en fonction des présences médicales sur site des médecins attachés au service. Les projets de soins personnalisés sont intégrés dans le logiciel métier informatisé et réajustés en équipe pluri-professionnelle avec l'implication de la pharmacienne, en terme de pharmacie clinique, la psychologue et l'assistante sociale. Cette concertation pluri-professionnelle au sein de l'équipe renforce la prise en charge multidisciplinaire du patient, notamment pour les activités de réadaptation, etc. La thymie est systématiquement évaluée par la psychologue référente de l'unité afin d'évaluer le risque suicidaire et le recours aux spécialiste du secteur psychiatrique fonctionne avec l'intervention régulière de médecins psychiatres et d'infirmiers du CMP (Centre Médico-Psychologique). Le concept de la réflexion bénéfico-risque est tracé dans le dossier comme en témoignent les patients traceurs réalisés au cours de la visite. Une organisation est mise en place pour prendre en charge les détresses cardio-respiratoires sur l'établissement, le chariot d'urgence étant localisé dans le service de SSR. Le risque de dénutrition a été repéré et une fiche nutrition a été mise en place avec la diététicienne qui intervient à temps partiel dans le service de soins, avec un réajustement éventuel tracé dans le dossier patient et transmis oralement aux transmissions orales inter-équipes. La collaboration avec les différents secteurs d'activité est opérationnelle tant en interne qu'en externe avec les partenaires extérieurs. Des améliorations ont ainsi être mises en place comme pour le circuit des résultats des analyses biologiques. Les personnes soignées souffrant d'un handicap ou en situation de précarité, voire d'isolement sont particulièrement prises en compte. L'établissement a oeuvré afin de mieux prendre en compte la prise en charge de la douleur des patients hospitalisés, notamment depuis la certification précédente avec des indicateurs de suivi satisfaisants. L'accompagnement de fin de vie est prise en charge avec l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs tant que de besoin. La sortie du patient est préparée en amont avec une check-list qui permet de récapituler les éléments à remettre aux patients ainsi que les lettres de liaison.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a actualisé le compte qualité dont les actions prioritaires définies sont évaluées en fonction du calendrier déterminé. L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés. Un tableau de bord du suivi des indicateurs relatifs au parcours du patient est instauré, prenant en compte le suivi des indicateurs du programme Hôpital Numérique, comme le taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions. Le programme d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) est régulièrement évalué comme l'EPP sur le thème de l'accueil et de l'organisation de la prise en soins en fin de vie. La mise en place des évaluations dans l'unité de soins par la méthode du patient traceur (9 patients traceurs réalisés dans l'unité depuis septembre 2016) a permis d'améliorer les pratiques tant au niveau de l'organisation que du fonctionnement, de mieux renseigner le dossier du patient afin de bien préparer la sortie et de garantir une continuité et une coordination de la prise en charge. Des enquêtes de satisfaction ont été conduites, avec un taux de retour de 49% en 2016 à la sortie des patients, ou

encore relative à la prestation repas. Un tableau de bord spécifique prenant en compte les indicateurs, y compris de suivi du programme Hôpital Numérique, est mis en place et présenté en revue de direction. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels au niveau des instances et lors des réunions d'équipe et des transmissions orales inter équipe.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures correctrices, comme l'amélioration de la dénutrition et de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Un support de diffusion des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) a été mis en place présentant les indicateurs de la lutte contre les infections associées aux soins et les indicateurs transversaux. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers, que ce soit au niveau des instances tant consultatives que décisionnelles de l'hôpital Saint Jacques qu'au travers du site Scope Santé et lors des semaines organisées sur la sécurité des soins. Des plaquettes à destination des patients sur la personne de confiance et les directives anticipées sont diffusées.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Le chariot d'urgence n'est pas conformes aux bonnes pratiques.</p> <p>Un chariot d'urgence est stocké dans un local dédié situé à l'entrée du service de soins. La traçabilité du contrôle qualité des produits de santé conformément à la liste pré-établie et validée par la COMEDIMS, est assurée mensuellement par les infirmiers. Toutefois, le chariot d'urgence n'est pas scellé.</p>	18b
	NC	<p>Les ressources humaines en termes de compétences ne sont pas totalement disponibles.</p> <p>Le maintien des compétences AGEFSU de niveau 2 pour les infirmiers n'est pas assuré. Le plan de formation continue de l'établissement ne le planifie pas. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas formés à l'aide au repérage de la crise suicidaire. Il n'a pas été retrouvé de formation spécifique relative à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.</p> <p>Toutefois, la psychologue évalue systématiquement la thymie de tous les patients hospitalisés en SSR afin d'évaluer le risque suicidaire et le recours aux spécialistes du secteur psychiatrique. Les soignants ont été formés à l'écoute patient, au concept d'humanité.</p>	18b

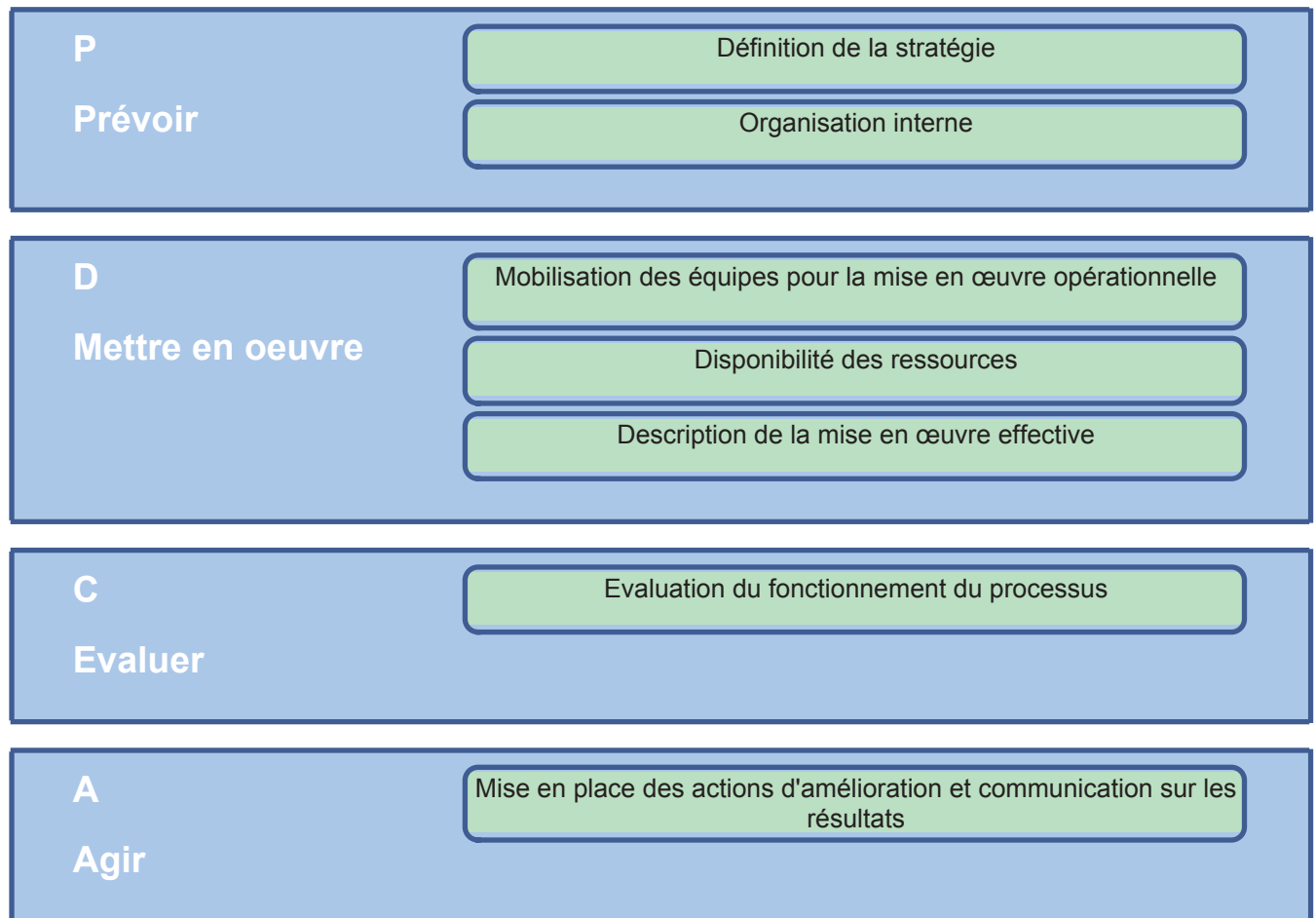
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant le dossier patient est formalisée dans le projet d'établissement 2014-2018. La politique, définie et validée par la direction s'inscrit dans un objectif de sécurisation de la prise en charge et se décline dans un programme institutionnel d'actions formalisé et priorisé. Une cartographie des risques a permis d'identifier les risques propres au dossier patient. Les risques ont été identifiés à partir notamment des résultats des indicateurs mis en place par l'établissement. Un risque a été repris dans le compte qualité. Une action y a été associée. La gravité et la fréquence ont été déterminées afin de permettre la hiérarchisation des risques. Les risques concernant la gestion du dossier patient ont fait l'objet d'un plan d'actions. Des indicateurs opérationnels sont formalisés. Il existe un PAQSS qui est validé par les instances. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par l'infirmière coordinatrice en remplacement de la cadre du service ainsi que par la personne responsable des admissions. Les personnels ont été désignés. Une fiche de fonction a été établie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Il existe une procédure intitulée « procédure de prise en charge en SSR » ainsi qu'un guide d'utilisation du logiciel. Il existe également une procédure pour la tenue des archives qui a été établie en 2009. Le dossier patient est totalement informatisé. Il existe des interfaces avec le logiciel administratif et avec le logiciel pour le PMSI. Les dossiers des patients sortis sont déposés au bureau des admissions dans une armoire fermée puis dans un local d'archives centralisées. Il existe un plan de formation comprenant des actions relatives au dossier patient. Un plan d'achats et de maintenance permet le renouvellement des matériels. La gestion des interfaces est organisée. L'accès du patient à son dossier est organisé par une procédure établie en 2013. Cette procédure décrit l'organisation de l'accès du patient à son dossier. Des formulaires y sont annexés. La gestion documentaire est disponible sur le réseau de l'établissement. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place les moyens correspondant aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires. Il existe une procédure de mode dégradé pour l'administration des médicaments en cas de panne informatique. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont formalisées.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle pour la thématique dossier patient. Un plan d'actions opérationnel a été établi.

Le plan d'action d'amélioration est élaboré avec les responsables identifiés, des échéanciers et des modalités de suivi. Les responsables (IDE coordinatrice et responsable qualité) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les risques relatifs aux dossiers patients sont suivis. Des évaluations sont réalisées et les professionnels sont informés des résultats. Lorsque des événements indésirables sont déclarés pour le dossier patient, ils sont pris en compte et les actions correctives sont mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La gestion du dossier patient fait l'objet de formations inscrites au plan. Les formations internes font l'objet de feuilles d'émargement. Les professionnels sont formés à la gestion du dossier patient. La gestion documentaire est disponible dans les services sous format informatique sur le réseau de l'établissement. Les matériels informatiques sont mis en place dans les services (ordinateurs portables et réseau WIFI) et permettent la traçabilité en temps réel dans le dossier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont enregistrées et suivies. Le bilan figure dans le compte rendu de la CDU. Il y a eu deux demandes en 2016 et deux demandes en 2017. La gestion documentaire est connue des professionnels pour les règles de gestion du dossier patient. Les règles de

gestion du dossier patient prévus dans le guide du dossier sont mises en œuvre par les professionnels. Les résultats des examens de laboratoires sont intégrés dans le dossier directement via le logiciel du laboratoire privé. Un exemplaire des résultats de laboratoire arrive par fax dans la salle de soins. Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés en temps réel dans le dossier patient (désignation de la personne de confiance, directives anticipées, douleur, risque d'escarre, etc.). Des staff ou réunions puridisciplinaires hebdomadaires sont réalisées dans le service SSR trois fois par semaine à raison d'une réunion par médecin libéral. La totalité des dossiers des patients est donc revue chaque semaine. Ces réunions font l'objet d'une traçabilité. Un protocole spécifique d'identitovigilance pour les vérifications à opérer dans les services de soins a été élaboré pendant la visite, ce qui montre la réactivité de l'établissement suite à une observation faite par les experts visiteurs lors des vérifications terrain.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH de ROSHEIM est assujéti au recueil des indicateurs QSS. D'autres évaluations périodiques sont réalisées sous différentes formes : Utilisation de la méthode des indicateurs QSS du SSR en campagne intermédiaire entre deux évaluations QSS; EPP portant sur la tenue du dossier patient; Patients traceurs (l'établissement a réalisé neuf patients traceurs depuis le mois de juin 2015); Audits de dossiers. Les résultats sont affichés dans l'établissement. Les résultats font l'objet d'un bilan. Une fiche de suivi des indicateurs d'activité et de performance a été établie par le responsable qualité pour la gestion du dossier patient. Un poster par processus a également été créé à destination du service de soins. Il y a eu deux demandes de dossier médical en 2017. Un tableau de bord permettant le suivi formalisé des délais a été réalisé. L'établissement recueille les indicateurs « hôpital numérique ». Les indicateurs recueillis sont au dessus du seuil d'éligibilité.

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'actions en lien avec la CRU/CDU. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par la responsable qualité et l'encadrement d'une part par affichage et d'autre part par la lettre qualité. La communication est réalisée également auprès des usagers par l'intermédiaire de la CDU. Les résultats sont affichés dans les services.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

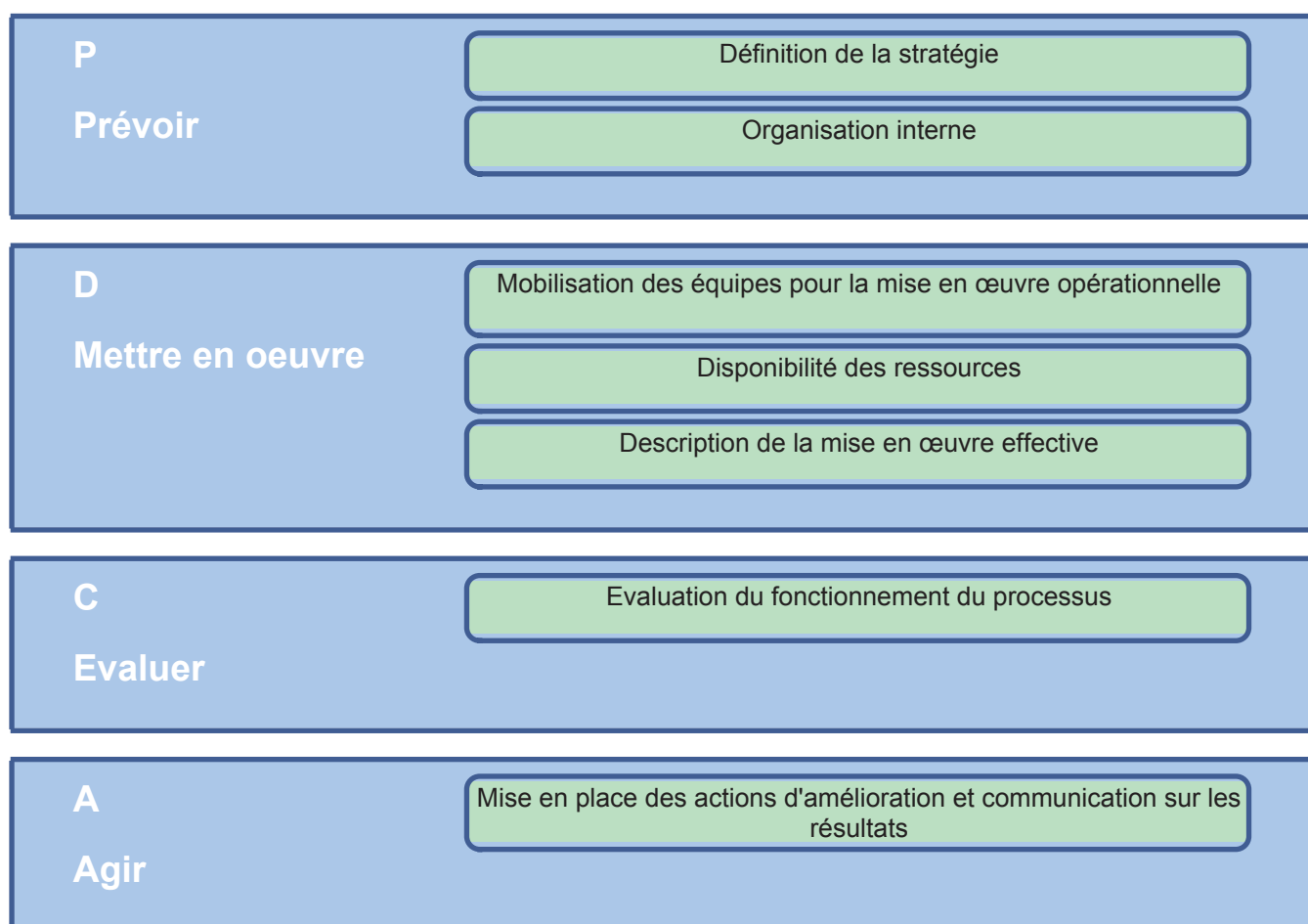
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge du médicament de l'hôpital Saint Jacques à ROSHEIM est définie et a été formalisée dès 2011, actualisée en 2016. Une cartographie des risques a priori a été réalisée selon la méthodologie Interdiag et le compte qualité de l'établissement prend en compte les risques prioritaires de la thématique, avec des dispositions spécifiques pour le sujet âgé. Les objectifs de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visent à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que son efficience dans le cadre réglementaire de l'arrêté du 6 avril 2011, dans le respect des engagements pris avec l'ARS, et également des recommandations de la HAS. La politique qualité, sécurité de soins et gestion des risques 2014-2018 a formalisé dans l'axe 3 la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et toutes les étapes du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Un manuel qualité a été élaboré en 2014, actualisé en 2017, et les plans d'actions sont intégrés dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. L'hôpital Saint Jacques s'est engagé dans un projet d'informatisation de la prise en charge complète du médicament. La dispensation est individuelle et nominative pour les 20 lits de soins de suite et de réadaptation, dont 2 lits de soins palliatifs.

ORGANISATION INTERNE

Un Groupement de Coopération Sanitaire a été mis en place entre trois établissements : Rosheim, Mosheim et Barr, et un contrat de prestation a été formalisé entre la pharmacie à usage intérieur et les établissements adhérents au GCS. Le processus management de la prise en charge des patients est formalisé tant au niveau d'une procédure validée et intégrée dans la gestion documentaire que par un poster affiché dans l'unité de soins. Afin d'atteindre les objectifs fixés, l'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et missions des pilotes et co-pilotes ont été formalisés et validés. Un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, un pharmacien, a été nommé par le directeur et ses missions ont été définies dans une fiche de poste qui a été présentée et validée en CME. Toutefois, le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ne dispose pas d'un temps dédié pour assurer ses missions. La fiche de poste ne prend pas en compte un pourcentage de temps spécifiquement dédié afin d'assurer les missions réglementaires de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) commun aux trois établissements adhérents au GCS est en place depuis 2011. Le règlement intérieur a été validé le 13/03/2017 lors de la COMEDIMS. Des référents infirmiers pharmacie et préparateurs en pharmacie ont également été nommés. La pharmacie à usage intérieur (PUI) dispose de locaux le site de l'hôpital d'Obernai. Un projet de relocalisation de la PUI est en cours. Le dossier patient est informatisé, permettant d'enregistrer des données de sécurisation du livret thérapeutique et aux différentes étapes de prescription. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Une gestion électronique des documents (GED) facilite la diffusion des protocoles, procédures et modes opératoires en lien avec le circuit du médicament. L'organisation de l'hôpital Saint Jacques pour la prescription médicamenteuse, l'analyse pharmaceutique et la dispensation des médicaments a été décrite dans le manuel qualité et au sein de diverses procédures. Les actions de pharmacovigilance et de matériovigilance obligatoires sont aussi réalisées par la PUI. Comme il n'y a pas d'astreinte de pharmacie, une procédure dégradée a été rédigée pour l'approvisionnement des médicaments en urgence. Un stock tampon de médicaments et de dispositifs médicaux existe également sur le site de l'hôpital Saint Jacques dans un local jouxtant un poste de soins dans une unité fonctionnelle de l'EHPAD.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus, notamment lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants et lors de la formation sur la qualité et la gestion des risques, tout particulièrement relatives aux vigilances et aux événements indésirables. Des informations ont été faites aux équipes sur les médicaments à risques comme la sécurisation de la dispensation et le stockage du chlorure de potassium. Des plaquettes d'information ont été formalisées à destination des professionnels afin d'informer les patients sur le bon usage des médicaments. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux

dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et ressources en matériels et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les unités de soins et à la PUI.

La capacité en lits de SSR a été étendue en 2010 permettant la mise en place d'une unité fonctionnelle de 20 lits de SSR au niveau 2 du bâtiment historique. Deux lits de soins palliatifs ont par ailleurs été identifiés au sein de l'unité. Le service comprend des chambres individuelles et des chambres doubles. Une salle de kinésithérapie se situe au niveau 1 de l'hôpital Saint Jacques. Par ailleurs, l'approvisionnement des unités de soins se fait selon un planning hebdomadaire et selon deux modalités : le réassort de dotations définies en collaboration avec les services de soins pour les médicaments de l'unité de soins et les dispositifs médicaux, et la dispensation nominative et informatisée. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments prennent en compte le contrôle qualité de la traçabilité des livraisons des médicaments dans l'unité de soins. Toutefois, la sécurisation du lieu de stockage des traitements personnels des patients n'est pas assurée. Les médicaments personnels des patients sont stockés dans une armoire, non fermée à clé, présente dans le bureau médical de l'unité de soins. De plus, les ressources documentaires sont également disponibles. Des outils d'aide à la prescription sont disponibles sur la gestion documentaire: livret thérapeutique, accès à une base de données certifiée sur le médicament permettant un accès permanent à des informations actualisées, recommandations et protocoles, etc. Le support de prescription global est le LAP cariatide pour l'ensemble des médicaments. Pour les MDS, il existe un support de traçabilité de l'administration et du lot dans un souci de respect réglementaire de l'archivage de la traçabilité de l'administration des médicaments dérivés du sang. Enfin, les ressources humaines (effectifs et compétences) sont disponibles dans les services. Le fonctionnement médical est basé sur l'intervention de trois praticiens attachés, médecins libéraux. Les aides soignantes et les agents de service sont du personnel dédié à l'unité SSR. Une psychologue, une ergothérapeute et une assistante sociale interviennent sur le SSR ainsi qu'une diététicienne à hauteur d'une demi-journée par semaine. La pharmacienne, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le cadre de santé déterminent ensemble et mettent à disposition les ressources nécessaires pour mettre en œuvre, entretenir et améliorer le processus de prise en charge médicamenteuse. Des formations sur les médicaments à risques sont réalisés. Des actions de sensibilisation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont réalisées, notamment lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants et également sur le module de sensibilisation à la qualité et à la gestion des risques et sur l'incitation à mieux déclarer les événements indésirables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les projets de soins et de service prennent en compte la sécurisation du circuit du médicament. La liste des prescripteurs autorisés est régulièrement mise à jour. Une analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients est réalisée, en intégrant le traitement personnel. La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie. Le respect des règles de gestion, de rangement et de stockage des médicaments est effectif, et spécifiquement pour les médicaments à risque. Lors des visites réalisées dans le service de soins, la procédure de détention et de transmission des clés des armoires à pharmacie et des compartiments réservés au stockage des stupéfiants dans les unités de soins est appliquée. La coordination des professionnels pour la prise en charge médicamenteuse du patient est organisée et les interfaces sont opérationnelles entre le secteur et les autres secteurs cliniques, médico-technique, techniques, logistiques et administratifs. Le pharmacien est par ailleurs présent sur site deux demi-journées par semaine et participe aux réunions de synthèse, facilitant le développement de la pharmacie clinique. Par ailleurs, des entretiens sont également organisés avec le pharmacien et les patients et/ou leur entourage dans le cadre de la préparation à la sortie avec pour objectif une meilleure autonomisation des patients dans la gestion des médicaments. Des plans d'action sont formalisés et les professionnels, les instances et les usagers sont associés à leur mise en place. L'ensemble des actes et vérifications liés à la prise en charge médicamenteuse est tracé sur des supports adaptés au niveau du dossier patient informatisé. La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel au moyen du logiciel de prescription. Cependant, les gobelets de préparation des produits médicamenteux, notamment sous forme buvable, ne comportent pas d'identification des patients. Les données d'identification des patients sont collés sur les couvercles non solidaires des gobelets exposant au risque d'erreur médicamenteuse. La préparation est extemporanée (préparation au moment de l'administration) et la prise immédiate. Il ne s'agit pas pour les formes solutions buvables de préparation réalisée à l'avance. L'anomalie a été corrigée en cours de visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés. Un tableau de bord spécifique est instauré avec des indicateurs de suivi du programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, notamment les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), et du suivi des indicateurs du programme hôpital numérique, comme le pourcentage de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés avec les professionnels concernés. Trois Comités de Retour d'Expérience (CREX) ont été réalisées en 2017 dans l'institution. Un programme d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) est validé institutionnellement, associant le circuit du médicament, tout particulièrement sur la thématique de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Un audit des conditions de détention et de stockage des produits pharmaceutiques dans l'unité de soins a été mené par la pharmacie en associant les acteurs. Enfin, la méthode du patient traceur, expérimentée sur l'unité, contribue également à l'évaluation du processus du management de la prise en charge médicamenteuse.

Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels au niveau des instances et des réunions d'équipe.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires, comme la validation du guide antalgique et la révision du protocole de la prise en charge de la douleur.

Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le projet de conciliation médicamenteuse est également engagé.

Un support de diffusion des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) a été mis en place présentant les indicateurs de la lutte contre les infections associées aux soins et les indicateurs transversaux. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers, que ce soit au niveau des instances tant consultatives que décisionnelles de l'hôpital Saint Jacques qu'au travers du site Scope Santé et lors des semaines organisées sur la sécurité des soins.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ne dispose pas d'un temps dédié pour assurer ses missions. La fiche de poste ne prend pas en compte un pourcentage de temps spécifiquement dédié afin d'assurer les missions réglementaires de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.	20a
D / Disponibilité des ressources	NC	La sécurisation du lieu de stockage des traitements personnels des patients n'est pas assurée. Les médicaments personnels des patients sont stockés dans une armoire, non fermée à clé, présente dans le bureau médical de l'unité de soins.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les gobelets de préparation des produits médicamenteux, notamment sous forme buvable, ne comportent pas d'identification des patients. Les données d'identification des patients sont collés sur les couvercles non solidaires des gobelets exposant au risque d'erreur médicamenteuse. La préparation est extemporanée (préparation au moment de l'administration) et la prise immédiate. Il ne s'agit pas pour les formes solutions buvables de préparation réalisée à l'avance. L'anomalie a été corrigée en cours de visite.	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	NC	Le local intermédiaire de stockage des déchets à risques dans l'unité de soins SSR n'est pas conforme à la réglementation. Un local des déchets contaminés existe au niveau du sous-sol de l'établissement. Dans l'unité de soins SSR, les équipes soignantes entrent les DASRI dans un local identifié linge sale, non fermé à clef, dans lequel sont présents le lave bassin (source de chaleur), les déchets ménagers et les déchets destinés au tri sélectif et le linge sale. Il n'y a pas d'identification "DASRI" sur la porte du local. L'agent de maintenance les achemine de manière hebdomadaire au local dédié situé au sous-sol du bâtiment avant qu'un prestataire extérieur ne les prennent en charge.	7e
Droits des patients	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	L'organisation et les pratiques relatives aux restrictions de liberté ne sont pas conformes à la réglementation. Il existe une procédure concernant la contention et sa réévaluation. Toutefois, il a été constaté dans le service SSR qu'une contention (barrière et « segufix » avait été posée par une infirmière le samedi 23 septembre sans prescription médicale. Le médecin de garde n'a pas été appelé et la situation a été régularisée le lundi 25 septembre par le médecin. Il faut noter toutefois, que ce dysfonctionnement n'est pas récurrent et que le respect des règles dans ce domaine est une des priorités de l'établissement. Une EPP est d'ailleurs réalisée sur ce thème.	10e
		NC	Le chariot d'urgence n'est pas conforme aux bonnes pratiques. Un chariot d'urgence est stocké dans un local dédié situé à l'entrée du service de soins. La traçabilité du contrôle qualité des produits de santé conformément à la liste pré-établie et validée par la COMEDIMS, est assurée mensuellement par les infirmiers. Toutefois, le chariot d'urgence n'est pas scellé.	18b
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	Les ressources humaines en termes de compétences ne sont pas totalement disponibles. Le maintien des compétences AGEFSU de niveau 2 pour les infirmiers n'est pas assuré. Le plan de formation continue de l'établissement ne le planifie pas. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas formés à l'aide au repérage de la crise suicidaire. Il n'a pas été retrouvé de formation spécifique relative à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Toutefois, la psychologue évalue systématiquement la thymie de tous les patients hospitalisés en SSR afin d'évaluer le risque suicidaire et le recours	18b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			aux spécialistes du secteur psychiatrique. Les soignants ont été formés à l'écoute patient, au concept d'humanité.	
	P / Organisation interne	PS	Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ne dispose pas d'un temps dédié pour assurer ses missions.	20a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	La fiche de poste ne prend pas en compte un pourcentage de temps spécifiquement dédié afin d'assurer les missions réglementaires de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La sécurisation du lieu de stockage des traitements personnels des patients n'est pas assurée. Les médicaments personnels des patients sont stockés dans une armoire, non fermée à clé, présente dans le bureau médical de l'unité de soins. Les gobelets de préparation des produits médicamenteux, notamment sous forme buvable, ne comportent pas d'identification des patients. Les données d'identification des patients sont collés sur les couvercles non solitaires des gobelets exposant au risque d'erreur médicamenteuse. La préparation est extemporanée (préparation au moment de l'administration) et la prise immédiate. Il ne s'agit pas pour les formes solutions buvables de préparation réalisée à l'avance. L'anomalie a été corrigée en cours de visite.	20a bis