



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CHS DE NAVARRE

62 rue conches - 27000 - Evreux

NOVEMBRE 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suivi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	17
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	20
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	21
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	27
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	41

PREAMBULE

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

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

1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

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

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

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

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CHS DE NAVARRE

Adresse : 62 rue conches
27000 Evreux EURE

Statut : Public

Type d'établissement : CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	260	235	0

Nombre de sites.:	40 sites
Activités principales.:	- Psychiatrie générale adulte, - psychiatrie infanto-juvénile.
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Psychiatrie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>- Réseaux :</p> <p>Le CHS est partenaire du réseau régional action précarité. Ce réseau est complémentaire de l'équipe mobile psychiatrie et précarité gérée par le CHS de Navarre. Les équipes mobiles ont pour mission de prendre en charge directement les personnes en situation de précarité et d'assister les équipes sociales alors que l'ARRAPP a pour rôle de fédérer, coordonner et assister l'ensemble des acteurs. La convention est signée le 4 avril 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une convention de coopération est signée entre le CH de Bernay et le CHS dans le cadre de la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile. - Un GCS est créé entre des structures médico-sociale et le CHS. - Un réseau de coopération psychiatrie social et médico-social de l'Eure. - RETA 27. - GCS avec le CHIES et la Musse relatif à l'unité centralisée de production alimentaire. - CSAPA.
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fermeture de l'unité intersectorielle d'accueil en 2010 dans le cadre de la réorganisation des soins.

Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

Unité de dépistage des troubles des apprentissages ;
ouverture de la maison pour adolescents en avril 2009 ;
création d'une unité de préparation à la sortie « La passerelle » en février 2010 ;
création d'un Centre d'Accueil et de Crise le 29 novembre 2010 ;
ouverture de la PASS psychiatrique en décembre 2010 ;
création d'une unité pour anxio-dépressifs et troubles alimentaires en novembre 2010 ;
création d'une MAS en 2010 ;
mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées au second semestre 2011 ;
mise en place d'une équipe mobile pour adolescents le 15 juin 2012 ;
ouverture d'une unité "Admissions USN" de 13 lits en septembre 2012 ;
Ouverture d'une plateforme d'appui et d'évaluation pour adolescents le 07 janvier 2013.

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

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

1. Les décisions par critères du manuel

RESERVE(S)

15.a Santé mentale (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

RECOMMANDATION(S)

9.b (Evaluation de la satisfaction des usagers) .

12.a Santé mentale (Prise en charge de la douleur) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) .

20.a bis Santé mentale (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.b Santé mentale (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4.Suvi de la décision

L'établissement devra fournir à la Haute Autorité de santé dans un délai de 3 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les réserves maintenues et recommandations émises ou non levées suite à cette seconde délibération.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Partiellement

Lors de la visite de nuit, il a été constaté des situations à risque pour le personnel, notamment la nuit : port du PTI non assuré, consignes de sécurité liées à l'incendie pas ou peu connues, patients fumant dans le sas de la chambre d'isolement dans au moins une unité de soins et nombre de personnels de nuit. Lors de la rencontre avec la directrice des soins et des cadres supérieurs de santé, les échanges ont porté sur l'insuffisance des postes infirmiers, et plus particulièrement la nuit, au regard de l'activité de l'établissement.

L'établissement a engagé des actions de sensibilisation (PTI, tabac), de formation (incendie) et d'analyse (audit).

Une étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés a été réalisée (audit, analyse, plan d'actions). Une procédure de gestion d'un incendie dans une unité de soins rédigée et diffusée. Un audit des organisations est programmé suite à un appel d'offre. Le problème lié au nombre de personnel présent n'est pas solutionné.

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	En grande partie	<p>Les situations, mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes, ont été identifiées au travers de la cartographie des risques a priori réalisée selon la méthode AMDEC.</p> <p>Dans le cadre de la reconstruction du nouvel hôpital, une étude préalable a été réalisée sur la sécurisation du site durant les travaux.</p> <p>Le responsable sécurité a animé différentes rencontres auprès des professionnels (trente-neuf sur cent environ) au sein des quatre nouvelles unités de soins. Ces rencontres ont porté sur les consignes de sécurité, plans d'évacuations, point de rassemblement, emplacement des extincteurs, escaliers des secours, etc).</p> <p>Celui-ci assure de manière régulière la maintenance des PTI, et mène des actions d'informations auprès des professionnels.</p> <p>Peu de formations incendie sont assurées sur les thèmes niveau 1 et 2 et AFGSU 1 et 2 (trente-trois professionnels en 2008, vingt-sept en 2009, quarante-trois en 2010, et une convocation en 2011 pour neuf professionnels - ES : sept cents agents).</p> <p>La vidéo-surveillance est installée sur la périphérie de l'établissement.</p> <p>Une équipe de sécurité formée est en poste à l'entrée de l'établissement.</p> <p>Néanmoins, lors de la visite de nuit, il a été constaté que le port du PTI n'était pas assuré, que les consignes de sécurité liées à l'incendie n'étaient pas ou peu connues, que les patients fument dans le sas de la chambre d'isolement dans au moins une unité de soins et que le nombre de personnels de nuit (une infirmière et une aide-soignante - personnel de jour en remplacement de nuit - au regard des personnes</p>

	En grande partie	admises dans une unité d'admission de vingt-cinq patients et deux chambres d'isolement posent la question de la sécurité des personnels). Suite aux constats des experts visiteurs de la HAS, l'établissement a débuté une mise en conformité : sensibilisation, formation sur les thèmes liés au tabac, aux risques d'incendie. Une étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés a été menée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Diverses actions d'évaluations sont menées, et des indicateurs sont définis pour chacune des actions du programme quinquennal de gestion des risques. Des visites de contrôle par des organismes extérieurs sont réalisées, et des actions d'amélioration sont conduites suite aux recommandations. Le document unique est actualisé lors des visites de risques. L'étude prospective sur les risques au travail a permis de mettre en place un plan d'action. Des responsables sont nommés pour le suivi. Les points de dysfonctionnement, soulevés lors de la certification V2012, ont été repris et traités en grande partie.

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale
 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

En grande partie

L'établissement a créé, en novembre 2010, un Comité d'identitovigilance pluriprofessionnel, qui se réunit tous les deux mois, et a pour mission de mettre en place une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. C'est le médecin DIM qui a la responsabilité d'animer cette démarche, épaulé au niveau administratif par deux référents d'identitovigilance désignés parmi le personnel du bureau de la gestion des malades. Par ailleurs, dans le cadre de l'informatisation du dossier patient engagée en 2010, un serveur d'identification a été mis en place permettant d'assurer une identification unique du patient dans l'ensemble des applications informatiques administratives, médicales et soignantes. Une procédure de création d'identité avec le logiciel de gestion du dossier patient a été rédigée et diffusée auprès des personnels administratifs et soignants concernés, prenant en compte les situations particulières. Une plaquette, rappelant les principales actions à réaliser par les soignants lors de l'accueil et du transfert du patient hospitalisé pour s'assurer de son

	En grande partie	identité, a été élaborée et diffusée dans les services de soins. Une affiche, expliquant aux patients l'importance et la nécessité de s'identifier lors de leur arrivée, a été élaborée et affichée dans tous les lieux recevant des patients. Une charte d'identitovigilance, formalisant l'ensemble des objectifs et des règles en matière d'identification du patient, est rédigée, et doit être validée en CME de septembre 2013.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Un programme de formation à l'identitovigilance, dont le contenu a été défini par le Comité d'identitovigilance, a été mise en place en novembre 2011 pour l'ensemble des personnels administratifs, médicaux et soignants concernés par l'accueil du patient ; environ cinquante personnes ayant été formées au jour de la visite de certification. Pour les nouveaux agents, les informations concernant l'utilisation du serveur d'identification et les règles d'identitovigilance sont données par le personnel du service, mais il n'y a procédure validée intégrant les règles d'utilisation du serveur d'identification et d'identitovigilance, ni de responsables désignés concernant cette transmission d'informations.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Partiellement	Le personnel de l'accueil administratif vérifie l'identité du patient au vu des éléments disponibles lors de l'admission, en s'appuyant sur un document élaboré par le Comité d'identitovigilance listant les différents pièces administratives permettant de vérifier cette identité. Les règles de vérification de l'identité du patient lors de l'accueil administratif et leur intégration dans la charte d'identitovigilance ne sont pas validées. De plus, lors de la visite de certification, il a été constaté que certains agents administratifs n'exigeaient pas systématiquement la carte d'identité, et se contentaient de la carte vitale ou de la carte d'adhésion à une mutuelle. Un audit datant d'avril 2013 confirme ces lacunes.

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les professionnels vérifient verbalement l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Cependant, cette vérification n'est ni protocolisée ni tracée, et elle n'est pas individualisée en fonction de la nature de l'acte réalisé. L'établissement est en attente de la validation de la charte d'identitovigilance intégrant les règles de vérification de l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fiabilité de l'identification du patient est évaluée par l'établissement de manière ponctuelle, au travers par exemple d'un audit sur le circuit du médicament réalisé en 2012, et comprenant des points concernant l'identitovigilance. L'établissement analyse les événements indésirables liés à l'identitovigilance. Le taux de doublons d'identité est suivi. Un audit relatif à la procédure de vérification de l'identité du patient, lors de son accueil administratif, a été réalisé. La périodicité du processus d'évaluation n'est pas déterminée.</p>

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 19/06/2012 au 22/06/2012	Certification avec réserves	rapport de suivi	6
Rapport de suivi	MAI 2013	Certification avec réserves	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
6.a (Sécurité des biens et des personnes)	Recommandation	Décision levée
9.b (Evaluation de la satisfaction des usagers)	Recommandation	Recommandation
12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Réserve	Réserve
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

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

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

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la sécurité des biens et des personnes au Nouvel Hôpital de Navarre

Problematique:

E1-EA1 (Partiellement)

- 1 : Port du PTI non assuré
- 2 : Consignes de sécurité liées à l'incendie pas ou peu connues du personnel
- 3 : Patient fumant dans le sas de la chambre d'isolement
- 4 : Nombre de personnel de nuit restreint au regard de l'activité de l'établissement

E2-EA1 (Partiellement)

- 1 : Peu de formations incendie sont assurées sur les thèmes niveau 1 et 2 et AFGSU 1 et 2
- 2 : Port du PTI non assuré
- 3 : Consignes de sécurité liées à l'incendie pas ou peu connues du personnel
- 4 : Patient fumant dans le sas de la chambre d'isolement
- 5 : nombre de personnel de nuit restreint au regard de l'activité de l'établissement

E3-EA1 (Partiellement)

- 1 : Signalement des situations pouvant mettre en jeu la sécurité des personnels et patients n'est pas exhaustif

Résultats obtenus:

E1-EA1 (Partiellement)

- 1 : Réalisation d'une étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés (audit, analyse, plan d'actions)
- 1 : Sensibilisation du personnel au port du PTI
- 2 : Réalisation d'un programme de formation à destination des agents intégrant de nouveaux locaux
- 2 : Rédaction d'une procédure de gestion d'un incendie dans une unité de soins
- 3 : Rappel des consignes liées au tabagisme dans les chambres d'isolement
- 4 : audit des organisations en préparation

E2-EA1 (Partiellement)

- 1 : Mensualisation des sessions de formation incendie
- 1 : Sensibilisation de l'encadrement médical et para médical à l'importance des formations à l'AFGSU et incendie
- 2 : Réalisation d'un programme de formation à destination des agents intégrant de nouveaux locaux
- 2 : Rédaction d'une procédure de gestion d'un incendie dans une unité de soins
- 3 : Rappel des consignes liées au tabagisme dans les chambres d'isolement

4 : audit des organisations en préparation

E3-EA1 (Partiellement)

1 : Réalisation dans le cadre de l'étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés, d'un état des lieux des mesures mises en place par l'établissement pour assurer la sécurité des biens et des personnes

1 : Introduction dans le projet d'établissement d'une fiche « Maitrise des risques et de la sécurité » incluant la mise à jour du Document Unique et l'optimisation du circuit de signalement

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Groupe de travail « sécurité des biens et des personnes »	Direction, Service Formation continue, Direction des Soins, Gestion des Risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1 (Partiellement) 1 : étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés réalisée (audit, analyse, plan d'actions)	Réalisée	13/05/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 1 : personnel re-sensibilisé à la nécessité de porter le PTI, via une note de service du Directeur (2 exercices de déclenchement inopinés réalisés)	Réalisée	12/04/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 2 : définition d'un programme de formation interne à destination des agents intégrant de nouveaux locaux :5 sessions réalisées sur 16 (dont 1 pour les agents de nuit)	En cours	30/06/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 2 : procédure de gestion d'un incendie dans une unité de soins rédigée et diffusée sur la borne de gestion documentaire (et procédure remise aux agents lors de la formation incendie)	Réalisée	16/05/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 3 : Lors d'une réunion cadres plénière, rappel des consignes liées au tabagisme dans les chambres d'isolement : privilégier la proposition de sevrage tabagique. En l'absence de sevrage, possibilité de fumer en chambre avec fenêtre ouverte, en présence continue d'un soignant	Réalisée	14/03/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 4 : Réalisation d'un audit des organisations programmé : la question des effectifs de nuit pourra y être examinée. Choix du candidat prévu le 18 juin 2013. Audit programmé de juin 2013 à février 2014	En cours	28/02/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) 1 : Mensualisation des sessions de formation incendie (avec camion d'exercice): augmentation du nombre d'agents formés : 108 en 2012 (contre 36 en 2011) Déjà 70 agents formés de janvier à mai 2013	En cours	31/12/13 00:00
E2-EA1 (Partiellement) 2 : définition d'un programme de formation interne à destination des agents intégrant de nouveaux locaux :5 sessions réalisées sur 16 (dont 1 pour les agents de nuit)	En cours	30/06/13 00:00
E2-EA1 (Partiellement) 3 : Rappel des consignes liées au tabagisme dans les chambres d'isolement : privilégier la proposition de sevrage tabagique. En l'absence de sevrage, possibilité de fumer en chambre avec fenêtre ouverte, en présence continue d'un soignant	Réalisée	14/03/13 00:00
E2-EA1 (Partiellement) 4 : Réalisation d'un audit des organisations programmé : la question des effectifs de nuit pourra y être examinée. Choix du candidat prévu le 18 juin 2013. Audit programmé de juin 2013 à février 2014	En cours	28/02/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E3-EA1 (Partiellement) 1 : Réalisation dans le cadre de l'enquête prospective, d'un état des lieux des mesures mises en place par l'établissement pour assurer la sécurité des biens et des personnes	Réalisée	13/05/13 00:00
E3-EA1 (Partiellement) 1 : Introduction dans le projet d'établissement d'une fiche « Maitrise des risques et de la sécurité » incluant la mise à jour du Document Unique et l'optimisation du circuit de signalement	Réalisée	30/05/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (Partiellement) 1- Evaluations inopinées et régulières « déclenchement de PTI » : 1 réalisée le 12 avril au standard (0 répondant), la seconde le 13 avril au bureau de la gestion des malades (6 répondants)	En cours	13/04/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 2- Suivi du nombre d'agents formés aux préconisations internes de sécurité incendie (connaissances des équipements, localisation, translation des patients, etc)	Réalisée	30/06/13 00:00
E1-EA1 (Partiellement) 4- Etat d'avancement de l'audit des organisations	En cours	28/02/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) 1- Suivi annuel du nombre d'agents formés dans le cadre du bilan social (formation incendie avec camion) et dans le cadre du comité de suivi urgence vitale (formation AFGSU)	Réalisée	29/05/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunions de Direction (suivi de l'état d'avancement du Projet d'Etablissement)
Commission de formation et Comité de suivi urgences vitales
CHSCT
Groupe de Pilotage Qualité Certification et Groupe gestion des risques

Validation institutionnelle:

L'amélioration de la sécurité des biens et des personnes est inscrite dans les politiques « qualité/gestion des risques » et « projet social et qualité de vie au travail » (projet d'établissement 2013-2017).

Planification des revues de projet:

Dans le cadre de l'étude prospective sur la sécurité au travail des travailleurs isolés, un reporting est organisé
La mise en place des actions validées en matière de sécurité des biens et des personnes sera évaluée en GPQC – CHSCT et Groupe gestion des risques

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problematique:

E1 EA1 (en grande partie)

1) « Une charte d'identitovigilance formalisant l'ensemble des objectifs et des règles en matière d'identification du patient est en cours de rédaction, avec pour objectif une validation et une diffusion avant la fin de l'année 2012. »

E2 EA1 (en grande partie)

2) « Pour les nouveaux agents les informations concernant l'utilisation du serveur d'identification et les règles d'identitovigilance sont données par le personnel du service mais il n'y a pas de procédure formalisée ni de responsables désignés concernant cette transmission d'informations »

E2 EA2 (partiellement)

3) « Il n'existe pas de procédure de vérification de l'identité patient lors de l'accueil administratif. De plus, lors de la visite de certification, il a été constaté que certains agents administratifs n'exigeaient pas systématiquement la carte d'identité et se contentaient de la carte vitale ou de la carte d'adhésion à une mutuelle »

E2 EA3 (partiellement)

4) « Les professionnels vérifient verbalement l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Cependant cette vérification n'est ni protocolisée ni tracée et elle n'est pas individualisée en fonction de la nature de l'acte réalisé»

E3 EA1 (partiellement)

5) « La fiabilité de l'identification du patient est évaluée par l'établissement de manière ponctuelle au travers par exemple d'un audit sur le circuit du médicament réalisé en 2012 et comprenant des points concernant l'identitovigilance»

Résultats obtenus:

E1 EA1 (en grande partie)

1 : Charte d'identitovigilance rédigée : validation programmée à la CME de Septembre 2013.

E2 EA1 (en grande partie)

2 : Règles d'utilisation du serveur d'identification et d'identitovigilance protocolisées et intégrées dans la charte d'identitovigilance : validation programmée à la CME de Septembre 2013.

2 : instaurer un référent d'identitovigilance dans chaque unité fonctionnelle concernée : nominations en cours. Fiche de poste référent identitovigilance validée et diffusée.

E2 EA2 (partiellement)

3 : règles de vérification de l'identité du patient lors de l'accueil administratif protocolisées et intégrées dans la charte d'identitovigilance : validation programmée

à la CME de Septembre 2013

3 : audit relatif à la procédure de vérification de l'identité du patient lors de son accueil administratif réalisé

E2 EA3 (partiellement)

4 : règles de vérification de l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique protocolisées et intégrées dans la charte d'identitovigilance : validation programmée à la CME de Septembre 2013

E3 EA1 (partiellement)

5 : évènements indésirables 2013 liés à l'identitovigilance analysés. Reste à suivre le taux de doublons d'identité.

5 : l'audit circuit du médicament est programmé

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Médecin Responsable DIM	Comité d'Identitovigilance	Groupe circuit du médicament – Bureau Gestion des Malades

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1 EA1 (en grande partie) 1 : finaliser et publier la charte d'identitovigilance En cours (Finalisation de la charte d'identitovigilance en vue de la validation de la CME en Septembre 2013)	En cours	17/09/13 00:00
E2 EA1 (en grande partie) 2 : Protocoliser les règles d'utilisation du serveur d'identification et d'identitovigilance, et les intégrer dans la charte d'identitovigilance En cours (règles intégrées dans la charte d'identitovigilance, validation de la CME prévue en Septembre 2013)	En cours	17/09/13 00:00
E2 EA1 (en grande partie) 2 : Instaurer un référent d'identitovigilance dans chaque unité fonctionnelle concernée. En cours (appel à candidatures lancé)	En cours	30/09/13 00:00
E2 EA1 (en grande partie) 2 : Rédiger une fiche de poste référent identitovigilance Réalisée (Avril 2013)	Réalisée	02/04/13 00:00
E2 EA2 (partiellement) 3 : Protocoliser les règles de vérification de l'identité du patient lors de l'accueil administratif, et les intégrer dans la charte d'identitovigilance En cours (règles intégrées dans la charte d'identitovigilance, validation de la CME prévue en Septembre 2013)	En cours	17/09/13 00:00
E2 EA2 (partiellement) 3 : réaliser un audit relatif à la procédure de vérification de l'identité du patient lors de son accueil administratif Réalisée (Avril 2013)	Réalisée	30/04/13 00:00
E2 EA3 (partiellement) 4 : finaliser et publier la charte d'identitovigilance intégrant les règles de vérification de l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique En cours (règles intégrées dans la charte d'identitovigilance, validation de la CME prévue en Septembre 2013)	Prévue	17/09/13 00:00
E3 EA1 (partiellement) 5 : analyser les événements indésirables liés à l'identitovigilance. Suivre le taux de doublons d'identité Réalisée (Mai 2013)	Réalisée	16/05/13 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E3 EA1 (partiellement) 5 : Renouveler l'audit circuit du médicament Prévue (2e semestre 2013)	Prévue	31/12/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1 EA1 (en grande partie) 1 : publication de la charte d'identitovigilance validée par la CME Prévue (séance de la CME de septembre 2013)	Prévue	30/09/13 00:00
E2 EA1 (en grande partie) 2 : Nomination d'un référent d'identitovigilance dans chaque unité fonctionnelle concernée. En cours (appel à candidatures lancé)	En cours	30/09/13 00:00
E2 EA2 (partiellement) 3 : réaliser un audit relatif à la procédure de vérification de l'identité du patient lors de son accueil administratif Réalisée (audit réalisé en avril 2013 – résultats faibles d'où définition d'un plan d'actions d'amélioration)	Réalisée	30/04/13 00:00
E2 EA3 (partiellement) 4 : réaliser un audit dossier patient afin de s'assurer de la traçabilité de la vérification de l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique Prévue 2014	Prévue	30/06/14 00:00
E3 EA1 (partiellement) 5 : analyser les évènements indésirables liés à l'identitovigilance. Suivre le taux de doublons d'identité Réalisée (2013)	Réalisée	16/05/13 00:00
E3 EA1 (partiellement) 5 : Renouveler l'audit circuit du médicament Prévue (2e semestre 2013)	Prévue	31/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

suivi de la liste des référents identitovigilance.
Audits dossier patient
Enquêtes de pratiques.
Suivi de l'indicateur : taux de doublons d'identité.

Validation institutionnelle:

Une fiche actions « améliorer le système d'identification du patient (identitovigilance) » est intégrée au projet d'établissement 2013-2017
Les plans d'actions d'amélioration suivis par le Comité d'identitovigilance sont intégrés au programme d'action institutionnel qualité et sécurité des soins.

Planification des revues de projet:

Suivi de la mise en œuvre des actions lors de séances de la CME, CSIRMT, réunion de cadres, CRUQPC, GPQC

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Finaliser et développer une stratégie pérenne d'évaluation de la satisfaction des usagers

Problematique:

E1 EA1 (Partiellement)

1)L'établissement n'a pas défini de stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers.

Des outils d'évaluation de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie et enquêtes de satisfaction) sont en place, mais ne concernent pas l'ensemble des différents modes de prise en charge

La CRU n'a pas été associée.

E2 EA1 (Partiellement)

2)Pas de stratégie définie ou pas de mise en œuvre pour améliorer le taux de retour des questionnaires (3%). L'enquête de satisfaction 2012 auprès des patients a été menée auprès d'un échantillon de 85 patients. Seules 55 réponses étaient exploitables.

E3 EA1 (Partiellement)

3)L'établissement ne dispose pas de résultats probants sur l'évaluation de la satisfaction des usagers pour lui permettre de définir des actions d'amélioration sur l'ensemble de la prise en charge des patients et des différents modes de prises en charge.

E3 EA2 (Partiellement)

4)Au vu du très faible retour des questionnaires et des enquêtes, l'Etablissement ne peut avoir une vision large des besoins des patients et de leur niveau de satisfaction.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E1 EA1 (Partiellement) 1 : Définir une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers intégrant la réalisation d'enquêtes sur l'extrahospitalier et la psychiatrie infanto-juvénile afin de couvrir l'ensemble des modes de prise en charge.</p> <p>E2 EA1 (Partiellement) 2 : Réviser les outils d'évaluation, leurs modalités de diffusion et de retour en vue d'améliorer les taux de réponse.</p>	<p>E3 EA1 (Partiellement) 3 : Suite à la mise en œuvre de la politique d'évaluation de la satisfaction des usagers, et à l'amélioration des taux de réponse, définir des actions d'amélioration en lien avec l'ensemble des pôles d'activité permettant de couvrir les différents modes de prise en charge.</p> <p>E3 EA2 (Partiellement) 4 : Améliorer le taux de retour des questionnaires pour une meilleure vision des besoins des patients et de leur niveau de satisfaction</p>

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur de la gestion des malades et des relations avec la clientèle	CRUQPEC	Chefs de pôles – Cadres supérieurs de santé – Département Qualité - Chargé de communication

Echéancier de réalisation :

E1 EA1 (Partiellement)

1 : Définir une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers intégrant la réalisation d'enquêtes sur l'extrahospitalier et la psychiatrie infanto-juvénile afin de couvrir l'ensemble des modes de prise en charge.

Prévue (2014)

E2 EA1 (Partiellement)

2 : Réviser les outils d'évaluation : Améliorer le questionnaire de sortie

Prévue Janvier 2014

2 : Réviser les outils d'évaluation : Mettre en oeuvre des enquêtes de satisfaction ciblées et annuelles

Prévue Janvier 2014

2 : Réviser le protocole relatif aux modalités de diffusion et de retour des questionnaires et enquêtes de satisfaction en vue d'améliorer les taux de réponse.

Prévue (Validation CRUQPEC novembre 2013, puis GPQC puis CME et CSIRMT décembre 2013)

E3 EA1 (Partiellement)

3 : Suite à la mise en oeuvre de la politique d'évaluation de la satisfaction des usagers, et à l'amélioration des taux de réponse, définir des actions d'amélioration en lien avec l'ensemble des pôles d'activité permettant de couvrir les différents modes de prise en charge.

Prévue (à compter de 2014)

E3 EA2 (Partiellement)

4 : Améliorer le taux de retour des questionnaires pour une meilleure vision des besoins des patients et de leur niveau de satisfaction

Prévue (à compter de 2014)

Modalités d'évaluation :

E1 EA1 (Partiellement)

1 – Politique d'évaluation de la satisfaction des usagers, proposée par la CRUQPEC, validée par la CME et la CSIRMT

Prévue (2014)

E2 EA1 (Partiellement)

2 – Protocole institutionnel de distribution du questionnaire de sortie révisé et nouveaux outils en place : questionnaire de sortie et enquête de satisfaction (une pour l'extrahospitalier + 1 pour la pédopsychiatrie)

Prévue (2014)

E3 EA1 (Partiellement)

3 – Plan d'actions d'amélioration issu des résultats des différentes évaluations de la satisfaction des usagers intégré dans le programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins

Prévue (2014)

E3 EA2 (Partiellement)

4 : Améliorer les taux de retour de l'ensemble des évaluations (objectif du taux de retour de 20 % pour 2014 sur les questionnaires de sortie)

Prévue (2014)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Evaluation annuelle minimum des taux de retour et des plans d'actions d'amélioration

Suivi des actions d'améliorations issues des évaluations de la satisfaction des patients pr la CRUQPEC

Validation institutionnelle:

Projet d'établissement 2013-2017 – fiche du volet qualité / gestion des risques « La CRUQPEC et la démarche qualité / sécurité des soins »

Les plans d'actions d'amélioration suivis par la CRUQPEC sont intégrés au programme d'action institutionnel qualité et sécurité des soins.

Planification des revues de projet:

Groupe Pilotage Qualité Certification (GPQC) – CME -CSIRMT

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge de la douleur du patient

Problematique:

E2 – EA2 (Partiellement)

1 - Manque de documents d'information ou d'éducation à la prise en charge de la douleur dans l'établissement : seul un « contrat d'engagement » est annexé au livret d'accueil du patient : « Reconnaître, prévenir et soulager, évaluer la douleur ».

E2 – EA3 (non)

2 - Absence de traçabilité de l'évaluation initiale de la douleur dans les dossiers consultés lors de la visite dans les différentes unités, à l'exception des patients en soins palliatifs (un à deux cas annuels).

E2 – EA4 (Partiellement)

3 - Insuffisance de traçabilité de l'évaluation de la douleur après traitement : seuls deux dossiers sur quatorze dossiers de patients algiques traités montrent une traçabilité (audit novembre 2011).

E3 – EA1 (Partiellement)

4 - Absence d'appropriation et d'utilisation des outils d'évaluation de la douleur.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E2 – EA3 (non) 2 – Réaliser des paramétrages du dossier patient informatisé permettant la traçabilité de l'évaluation initiale de la douleur</p> <p>E2 – EA4 (Partiellement) 3 – Réaliser des paramétrages du dossier patient informatisé permettant la traçabilité de l'évaluation de la douleur après traitement</p> <p>E3 – EA1 (Partiellement) 4 – Sensibiliser les professionnels aux outils d'évaluation de la douleur</p>	<p>E2 – EA2 (Partiellement) 1 – Développer des outils et actions d'information ou d'éducation à la prise en charge de la douleur</p> <p>E2 – EA3 (non) 2 – Sensibiliser les professionnels soignants et médicaux à l'importance d'évaluer la douleur</p>

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Présidente du Comité de Lutte contre la Douleur	Comité de Lutte contre la Douleur	Référents douleur des unités de soins, Pharmacie, Comité de pilotage du dossier patient informatisé, Département d'Information Médicale

Echéancier de réalisation :

E2 – EA2 (Partiellement)

1 - Réaliser une affichette d'information sur la douleur pour affichage dans la pharmacie de chaque service, à destination des professionnels

Prévue (2013)

1 - Réaliser une affichette d'information sur la douleur à destination des patients

Prévue (2013)

1 - Actualiser le guide douleur destiné aux référents douleur de l'établissement

Prévue (En continu)

1 - Mettre en place des ateliers douleur pour l'éducation à la prise en charge de la douleur du patient

En cours (Semestriellement)

E2 – EA3 (non)

2 - Diffuser au moment de la livraison des antalgiques un document rappelant l'importance d'évaluer la douleur

Prévue (1er semestre 2013)

2 - Contacter la Direction des Soins et les Affaires Médicales en vue de remettre aux nouveaux arrivants une pochette "douleur"

En cours (Accord des Directions concernées, pochettes en cours de préparation)

2 - Demander à incorporer dans le dossier patient dans le dossier patient informatisé la fiche « évaluation d'un patient douloureux »

Réalisée (07/05/2013)

E2 – EA4 (Partiellement)

3- Déclencher automatiquement, lors de la prescription d'antalgique dans le dossier patient informatisé, la prescription infirmière de l'évaluation de la douleur par EVA (systématiquement pour les traitements occasionnels ; une fois par 24 heures pour les traitements au long cours)

Prévue (2013)

3 – Donner aux kinésithérapeutes l'accès au dossier patient informatisé pour leur permettre de saisir leur intervention auprès du patient

En cours (paramétrage logiciel en cours – réalisation prévue en septembre 2013)

E3 – EA1 (Partiellement)

4 – Rappeler l'existence des outils d'évaluation de la douleur au moment des transmissions en évoquant la situation d'un patient douloureux

Prévue (En continu)

4 – Faire un courrier à l'ensemble des praticiens de l'établissement pour rappeler l'existence des outils d'évaluation au sein de l'établissement en précisant que l'évaluation de la douleur peut faire l'objet d'une prescription dans le dossier patient informatisé

Prévue (1er semestre 2013)

4 – Faire un courrier aux référents douleur rappelant leurs missions

Prévue (1er semestre 2013)

Modalités d'évaluation :

E2 – EA2 (Partiellement)

1 - Enquête de pratiques relative à l'utilisation des outils d'information

Prévue annuellement

E2 – EA3 (non)

2 - Evaluation de la traçabilité de l'évaluation initiale de la douleur dans le dossier du patient

Prévue annuellement

E2 – EA4 (Partiellement)

3 - Evaluation de la traçabilité de l'évaluation de la douleur après traitement dans le dossier du patient

Prévue annuellement

E3 – EA1 (Partiellement)

4 - Enquête de pratiques relative à la connaissance, l'appropriation des outils mis à la disposition des professionnels dans le cadre de la prise en charge de la douleur

Prévue annuellement

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit de dossiers patients

Enquêtes de pratiques

Réunion de la CME (suivi de la mise en œuvre des actions)

Validation institutionnelle:

Les plans d'actions d'amélioration suivis par le CLUD sont intégrés au programme d'action institutionnel qualité et sécurité des soins.

Planification des revues de projet:

Point d'avancement des actions réalisé lors des séances de la CME – du Groupe Pilotage Qualité Certification – de la CSIRMT

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion et la traçabilité dans le dossier patient

Problématique:

E1 EA2 (en grande partie)

1) « Au CMP d'Evreux, l'équipe professionnelle est basée sur deux sites distincts, ce qui entraîne l'usage de photocopies du dossier, notamment pour les visites à domicile et d'avoir accès aux observations médicales »

E2 EA1 (partiellement)

2) « Indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 75% avec un intervalle de confiance à 95% = (73% - 77%) pour la campagne de recueil 2011 »

E2 EA2 (en grande partie)

3) « Les courriers de fin d'hospitalisation sont plus souvent retardés en 2011 qu'en 2010. »

3) « L'utilité de certains supports n'est pas suffisamment connue des professionnels, ceux-ci sont peu renseignés : Mise en chambre d'isolement : traçabilité de la visite médicale biquotidienne, contre-indications somatiques, fiches de constantes prévues au protocole, actions de sécurité »

3) « L'utilité de certains supports n'est pas suffisamment connue des professionnels, ceux-ci sont peu renseignés : Traçabilité de la recherche de la personne de confiance »

E3 EA2 (en grande partie)

4) « Le plan d'action de l'auto-évaluation a amené des améliorations incomplètes sur les critères enquêtés, et l'amélioration n'a pas fait l'objet d'une évaluation coordonnée. Le nouveau plan d'action de juin 2012 ne peut pas encore être évalué »

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E1 EA2 (en grande partie) 1 : Finaliser l'informatisation du dossier patient qui est en cours de déploiement sur les structures extrahospitalières</p> <p>E2 EA1 (partiellement) 2 : Réaliser des audits trimestriels sur les délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation</p> <p>E2 EA2 (en grande partie) 3 : Communiquer les résultats des audits trimestriels et sensibiliser les Chefs de Pôles, Médecins et Assistantes Médico-Administratives des services concernés. 3 : Informatiser la prescription de la mise en chambre d'isolement et du suivi infirmier. 3 : Réviser la procédure de désignation de la personne de confiance (imprimé, mode de proposition au patient, sensibilisation du personnel) en vue d'en améliorer la traçabilité dans le dossier du patient</p>	<p>E3 EA2 (en grande partie) 4 : Evaluer les plans d'actions d'amélioration dont celui mis en place en 2012 dans le cadre de la certification V2010</p>

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Médecin Responsable du Département d'Information Médicale	COPIL dossier patient informatisé – Comité de Suivi du Dossier du Patient	Chefs de pôles – Service Informatique – Assistantes médico-administratives – médecins – groupe EPP « mise en chambre d'isolement »

Echéancier de réalisation :

E1 EA2 (en grande partie)

1 : Finaliser l'informatisation du dossier patient qui est en cours de déploiement sur les structures extrahospitalières.

En cours (fin 2013)

E2 EA1 (partiellement)

2 : Réaliser des audits trimestriels sur les délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.

Réalisée (Septembre 2012)

E2 EA2 (en grande partie)

3 : Communiquer les résultats des audits trimestriels et sensibiliser les Chefs de Pôles, Médecins et Assistantes Médico-Administratives des services concernés.

En cours (3 audits déjà réalisés et résultats communiqués)

3 : Informatiser la prescription de la mise en chambre d'isolement et du suivi infirmier.

En cours (paramétrage des prescriptions à réaliser – Septembre 2013)

3 : Réviser la procédure de désignation de la personne de confiance (imprimé, mode de proposition au patient, sensibilisation du personnel) en vue d'en améliorer la traçabilité dans le dossier du patient

Prévue (2013)

E3 EA2 (en grande partie)

4 : Evaluer les plans d'actions d'amélioration dont celui mis en place en 2012 dans le cadre de la certification V2010.

Réalisée (Avril 2013)

Modalités d'évaluation :

E1 EA2 (en grande partie)

1 – Dossier patient informatisé sur l'ensemble des structures extrahospitalières

En cours (dossier paramétré, début des formations sur site pilote en juin 2013)

E2 EA1 (partiellement)

2 - Réaliser des audits trimestriels sur les délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.

Réalisée (Audits dossiers patients – amélioration du résultat : recueil sur séjours 2011 à 30 % ; recueil janvier/février 2013 du Pôle Admissions à 67,5 %)

E2 EA2 (en grande partie)

3 - Communiquer les résultats des audits trimestriels relatifs au délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation et sensibiliser les Chefs de Pôles, Médecins et Assistantes Médico-Administratives des services concernés.

En cours (résultats transmis par courriel aux personnes intéressées)

3 – Audit dossier patient relatif à la mise en chambre d'isolement (EPP)

Prévue (fin 2013)

3 – Auditer la mention de la recherche de la personne de confiance dans le dossier du patient

Prévue (4ème trimestre 2013)

E3 EA2 (en grande partie)

4 - Evaluer les plans d'actions d'amélioration dont celui mis en place en 2012 dans le cadre de la certification V2010.

Réalisée (lors d'une réunion du Comité de suivi dossier patient)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit dossier patient

Enquête de pratiques

Suivi des indicateurs IPAQSS « tenue du dossier patient » et « délai d'envoi du CRH »

Validation institutionnelle:

Les instances suivent l'avancement du dossier

Planification des revues de projet:

CME – GPQC - Pôles

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient au Nouvel Hôpital de Navarre

Problematique:

E1-EA3 (Partiellement)

1. L'analyse pharmaceutique n'est pas formalisée et les prescriptions ne sont pas analysées dans la totalité
1. Les données biologiques ne sont pas disponibles
1. Dans les hôpitaux de jour, les modalités de gestion des traitements médicamenteux des patients ne sont pas définies et la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas assurée

E1-EA4 (Partiellement)

2. La gestion des réfrigérateurs des salles de soins n'est pas effective
2. La gestion des armoires à pharmacie ne respectent pas les bonnes pratiques

E2-EA2 (Partiellement)

3. L'analyse pharmaceutique n'est pas formalisée et les prescriptions ne sont pas analysées dans la totalité

E2-EA4 (Partiellement)

4. Absence de démarche globale et pérenne d'information du patient sur le bon usage des médicaments
4. La traçabilité de l'information n'est généralement pas assurée

E2-EA5 (en grande partie)

5. Dans les hôpitaux de jour, les modalités de gestion des traitements médicamenteux des patients ne sont pas définies

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<p>E1-EA3 (Partiellement)</p> <p>1. l'analyse pharmaceutique est adaptée à la spécificité et aux besoins de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI • Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies • Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients <p>1. les données biologiques sont accessibles dans les services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer des données biologiques s'intégrant dans le dossier patient de façon automatique <p>1. le circuit du médicament est organisé y compris sur l'extra hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATT • Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients <p>E1-EA4 (Partiellement)</p> <p>2. la gestion des réfrigérateurs des salles de soins est effective :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler lors des visites des services de soins par les pharmaciens et/ou les référents préparateurs en pharmacie les bonnes pratiques de gestion des réfrigérateurs <p>2. la gestion des armoires à pharmacie est efficiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie dans les unités de soins intra hospitalières • Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie au CAC et à Calmette <p>E2-EA2 (Partiellement)</p> <p>3. l'analyse pharmaceutique est adaptée à la spécificité et aux besoins de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI • Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies • Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients <p>E2-EA4 (Partiellement)</p> <p>4. une démarche institutionnelle d'information du patient sur le bon usage des médicaments est initiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire au programme institutionnel « éducation thérapeutique du patient », l'observance et le bon usage du médicament 	<p>E2-EA5 (en grande partie)</p> <p>5. le circuit du médicament est organisé y compris sur l'extra hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATT • Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients

4. la traçabilité de la délivrance de l'information au patient est facilitée :

- Permettre aux médecins et soignants de tracer dans le dossier patient informatisé, l'information délivrée au patient

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
la pharmacienne responsable de service	le groupe circuit du médicament	la PUI, le DIM, le pôle extra hospitalier, le pôle de l'enfant et de l'adolescent, le groupe pilotage "éducation thérapeutique"

Echéancier de réalisation :

E1-EA3 (Partiellement)

1. Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI

En cours (validé par le collège du DIM le 28/03/13)

1. Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies

Prévue (2ème semestre 2013)

1. Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients

Prévue (2ème semestre 2013)

1. Disposer des données biologiques s'intégrant dans le dossier patient de façon automatique

En cours (Collaboration avec un nouveau laboratoire depuis le 23/05/13)

1. Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATTTP

En cours (Rencontres avec les structures adultes et enfants réalisées)

1. Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients

Prévue (2014)

E1-EA4 (Partiellement)

2. Rappeler lors des visites des services de soins par les pharmaciens et/ou les référents préparateurs en pharmacie les bonnes pratiques de gestion des réfrigérateurs

En cours (Réalisé au fur et à mesure des visites des services)

2. Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie dans les unités de soins intra hospitalières

En cours (fin prévue en juin 2013)

2. Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie au CAC et à Calmette

Prévue (Fin 2013)

E2-EA2 (Partiellement)

3. Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI

En cours (validé par le collège du DIM le 28/03/13)

3. Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies

Prévue (2ème semestre 2013)

3. Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients

Prévue (2ème semestre 2013)

E2-EA4 (Partiellement)

4. Inscrire au programme institutionnel « éducation thérapeutique du patient », l'observance et le bon usage du médicament

Prévue (2014)

4. Permettre aux médecins et soignants de tracer dans le dossier patient informatisé, l'information délivrée au patient

En cours (fin de la mise en place du DPI prévue en 2014)

E2-EA5 (en grande partie)

5. Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATTTP

En cours (Rencontres avec les structures adultes et enfants réalisées)

5. Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients

Prévue (2014)

Modalités d'évaluation :

E1-EA3 (Partiellement)

1. Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI

Prévue (point réalisé au collège du DIM du 04/06/13)

1. Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies

Prévue (évaluation réalisée et actualisée annuellement)

1. Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients

Prévue (procédure rédigée et validée par la CME)

1. Disposer des données biologiques s'intégrant dans le dossier patient de façon automatique

En cours (Nombre de signalement d'EI effectués sur ce sujet)

1. Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATTP

Prévue (état des lieux réalisé)

1. Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients

Prévue (protocole rédigé, validé par la CME et CSIRMT)

E1-EA4 (Partiellement)

2. Rappeler lors des visites des services de soins par les pharmaciens et/ou les référents préparateurs en pharmacie les bonnes pratiques de gestion des réfrigérateurs

En cours (Nombre de signalement d'EI effectués sur ce sujet)

2. Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie dans les unités de soins intra hospitalières

En cours (Nombre d'unités équipées)

2. Mettre en fonction les nouvelles armoires à pharmacie au CAC et à Calmette

Prévue (armoires mises en place)

E2-EA2 (Partiellement)

3. Faciliter la mise à disposition des données patients auprès de la PUI

•Prévue (point réalisé au collège du DIM du 04/06/13)

3. Evaluer les attentes de l'établissement en matière d'analyse pharmaceutique en fonction des outils utilisés, du système d'information, du lieu d'intervention et des priorités définies

Prévue (évaluation réalisée et actualisée annuellement)

3. Définir les modalités concernant l'émission d'avis ou conseil du pharmacien quant au traitement médicamenteux des patients

Prévue (procédure rédigée et validée par la CME)

E2-EA4 (Partiellement)

4. Inscrire au programme institutionnel « éducation thérapeutique du patient », l'observance et le bon usage du médicament

Prévue (inscription effective)

4. Permettre aux médecins et soignants de tracer dans le dossier patient informatisé, l'information délivrée au patient

Prévue (Audit du DP en 2014 dans le cadre du recueil des indicateurs nationaux)

E2-EA5 (en grande partie)

5. Réaliser un état des lieux des fonctionnements et des besoins concernant le circuit du médicament dans les hôpitaux de jour, les CMP et les CATTP

Prévue (état des lieux réalisé)

5. Rédiger un protocole de bonnes pratiques de la gestion des traitements médicamenteux des patients

Prévue (protocole rédigé, validé par la CME et CSIRMT)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Groupe circuit du médicament
Groupe de Pilotage Qualité Certification - GPQC
Collège du DIM

Validation institutionnelle:

Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est inscrit dans le projet d'établissement 2013-2017

Planification des revues de projet:

La mise en place des actions en matière de circuit du médicament sont évaluée en groupe circuit du médicament et en GPQC

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Problématique:

E1 (non)
1 : "L'établissement n'a pas formalisé de politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé"
E2 EA1 (en grande partie)
2 : (les recommandations de bonnes pratiques) ne sont pas inscrites dans une démarche de réflexion institutionnelle
E2 EA2 (partiellement)
3 : "Peu d'actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement"
E3 EA1 (en grande partie)
4 : "L'établissement n'a pas inscrit de manière régulière dans l'ordre du jour du COMEDIMS, la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé"
E3 EA2 (partiellement)
5 : "L'établissement n'a pas engagé de réflexion pouvant aboutir à la définition d'actions d'amélioration, notamment la définition d'une politique"

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

E1 (non)
1 : Formaliser une politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
E2 EA1 (en grande partie)
2 : Définir et suivre une liste de références professionnelles permettant une prescription conforme
E2 EA2 (partiellement)
3 : Définir et mettre en oeuvre un programme de sensibilisation et/ou de formation des professionnels de l'établissement
E3 EA1 (en grande partie)
4 : Inscrire régulièrement à l'ordre du jour du COMEDIMS la question de la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Objectifs ultimes

E3 EA2 (partiellement)
5 : Définir un plan d'actions d'amélioration spécifique à cette thématique

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Trio médical dont la responsable médical de l'équipe mobile Psychiatrie personnes âgées	Groupe EPP	Responsable de la qualité du management de la prise en charge médicamenteuse, pharmaciennes, médecin responsable du Département d'Information Médicale, COMEDIMS

Echéancier de réalisation :

E1 (non)

1 : Formaliser une politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Prévue (novembre 2013)

E2 EA1 (en grande partie)

2 : Liste des références professionnelles mise à disposition des professionnels et évaluée périodiquement

Prévue (novembre 2013)

E2 EA2 (partiellement)

3 : Définir un programme pluriannuel de sensibilisation et/ou de formation des professionnels de l'établissement

Prévue (décembre 2013)

E3 EA1 (en grande partie)

4 : Inscrire régulièrement à l'ordre du jour du COMEDIMS la question de la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Prévue (en continu)

E3 EA2 (partiellement)

5 : Définir un plan d'actions d'amélioration spécifique à cette thématique

Prévue (novembre 2013)

Modalités d'évaluation :

E1 (non)

1 : Politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé formalisée et validée par la CME

Prévue (janvier 2014)

E2 EA1 (en grande partie)

2 : Liste et références professionnelles mises à disposition des professionnels et validée par la CME

Prévue (janvier 2014)

E2 EA2 (partiellement)

3 : Nombre de séances et de professionnels sensibilisés ou formés chaque année

Prévue (décembre 2014)

E3 EA1 (en grande partie)

4 : Nombre de séances du COMEDIMS lors desquelles la question de la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé a été traitée, chaque année

Prévue (en janvier de chaque année)

E3 EA2 (partiellement)

5 : Suivi de l'avancement des actions d'amélioration

Prévue (annuellement)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Evaluation des dossiers patients

Réunion de la CME (suivi de la mise en oeuvre des actions)

Validation institutionnelle:

La prise en charge et le suivi psychiatrique des personnes âgées sont inscrits dans le "projet de prise en charge des patients" - volet du projet d'établissement 2013-2017

Planification des revues de projet:

Le suivi est réalisé lors des réunions du groupe de travail EPP, de la sous-commission EPP & Formation ainsi que de la CME (suivi et description de l'état d'avancement du dossier)

