



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HOPITAUX DE PLAISIR

**Direction de la qualité-gestion des risques
30 avenue mars laurent - bp 20
78375 PLAISIR
FÉVRIER 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	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	43
ANNEXE	49

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

HOSPITALISATION COMPLETE - URGENCES PSYCHIATRIQUES SSECT.78G16	
Adresse	Direction de la qualité-gestion des risques 78375 PLAISIR
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES SUD	177 rue de versailles 78150 LE CHESNAY
Entité juridique	780140026	CENTRE HOSPITALIER JEAN MARTIN CHARCOT	30 avenue marc laurent Bp 20 78375 PLAISIR
Entité juridique	780110037	HOPITAL GERONTOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE PLAISIR GRIGNON	220 rue mansart Bp 19 78375 Plaisir
Etablissement de santé	780821773	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78I05	5 allée du bourbonnais 78310 MAUREPAS
Etablissement de santé	780022448	UNITED - SECT. 78I04	1 rue de l'abbaye 78210 ST CYR L ECOLE
Etablissement de santé	780011789	APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES - SECT 78G11	29 rue molière 78000 VERSAILLES
Etablissement de santé	780823472	HOPITAL DE JOUR - SECT 78I05	2 square du bazois 78310 MAUREPAS
Etablissement de santé	780809240	CENTRE MEDICO PSY.SECT.78 G 14	84 bis avenue du général leclerc 78220 Viroflay

Etablissement de santé	780824983	HOPITAL DE JOUR - SECT. 78G14	2 passage roche 78000 Versailles
Etablissement de santé	780821732	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET HOPITAL DE JOUR - SECT.78I05	18 r dubuc 78120 Rambouillet
Etablissement de santé	780020558	HOPITAL DE JOUR ET CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78G16	18 rue dubuc 78120 RAMBOUILLET
Etablissement de santé	780809448	HDJ - CMP SECT. 78G12	2 bis avenue de saint germain 78370 Plaisir
Etablissement de santé	780824587	HOPITAL GERONTOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE PLAISIR GRIGNON-SLD	220 rue mansart 78370 Plaisir
Etablissement de santé	780001434	SERVICE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE REGIONAL - SECT. 78P01	5 rue alexandre turpault 78390 BOIS D ARCY
Etablissement de santé	780823514	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78I04	1 rue de l'abbaye 78210 Saint-Cyr-L'Ecole
Etablissement de santé	780821757	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT.78G16	55 rue sadi carnot 78120 Rambouillet
Etablissement de santé	780000303	HOPITAL GERONTOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE PLAISIR-GRIGNON	220 rue mansart Bp 19 78375 Plaisir
Etablissement de santé	780020244	HOPITAL DE JOUR ADULTE- SECT. 78G16	26 rue pasteur 78120 RAMBOUILLET
Etablissement de santé	780001384	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78G18	14 rue eugène henaff 78190 Trappes
Etablissement de santé	780809455	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78G14	2 passage roche 78000 Versailles

Etablissement de santé	780140034	UNITE PARENTS BEBE - SECT. 78I04	2 rue de l'abbaye 78210 Saint-Cyr-L'Ecole
Etablissement de santé	780809430	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78G11 ET SECT. 78I04	1 rue de l'abbaye 78210 Saint-Cyr-L'Ecole
Etablissement de santé	780000402	HOSPITALISATION COMPLETE - URGENCES PSYCHIATRIQUES SSECT.78G16	Direction de la qualité-gestion des risques 30 avenue mars laurent - bp 20 78375 PLAISIR
Etablissement de santé	780018008	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - SECT. 78G14	Place pierre beregovoy 78114 MAGNY LES HAMEAUX
Etablissement de santé	780809414	ANTENNE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHO-LEGALE (APPL) - SECT. 78G11	29 rue gustave mesureur 78170 La Celle-Saint-Cloud

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	50	3
Santé mentale	Psychiatrie générale	133	54
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	10	61
SLD	SLD	90	/
SSR	SSR	102	8

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse 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	Personne âgée	Médecine	/	Programmé	Complexe	MCO
2	Personne âgée	SSR	/	Transfert ou mutation	SSR polyvalent	SSR
3	Adulte	Psychiatrie générale - HC	/	Programmé	Soins sans consentement	Santé mentale
4	Adulte	Psychiatrie générale - HP	/	Programmé	HC puis HJ ou CATT	Santé mentale
5	Enfant	Psychiatrie Infanto juvénile - HP	/	Programmé	PEC pluriprofessionnelle	Santé mentale
6	Personne âgée	SLD	/	Transfert ou mutation	Recours à la contention	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

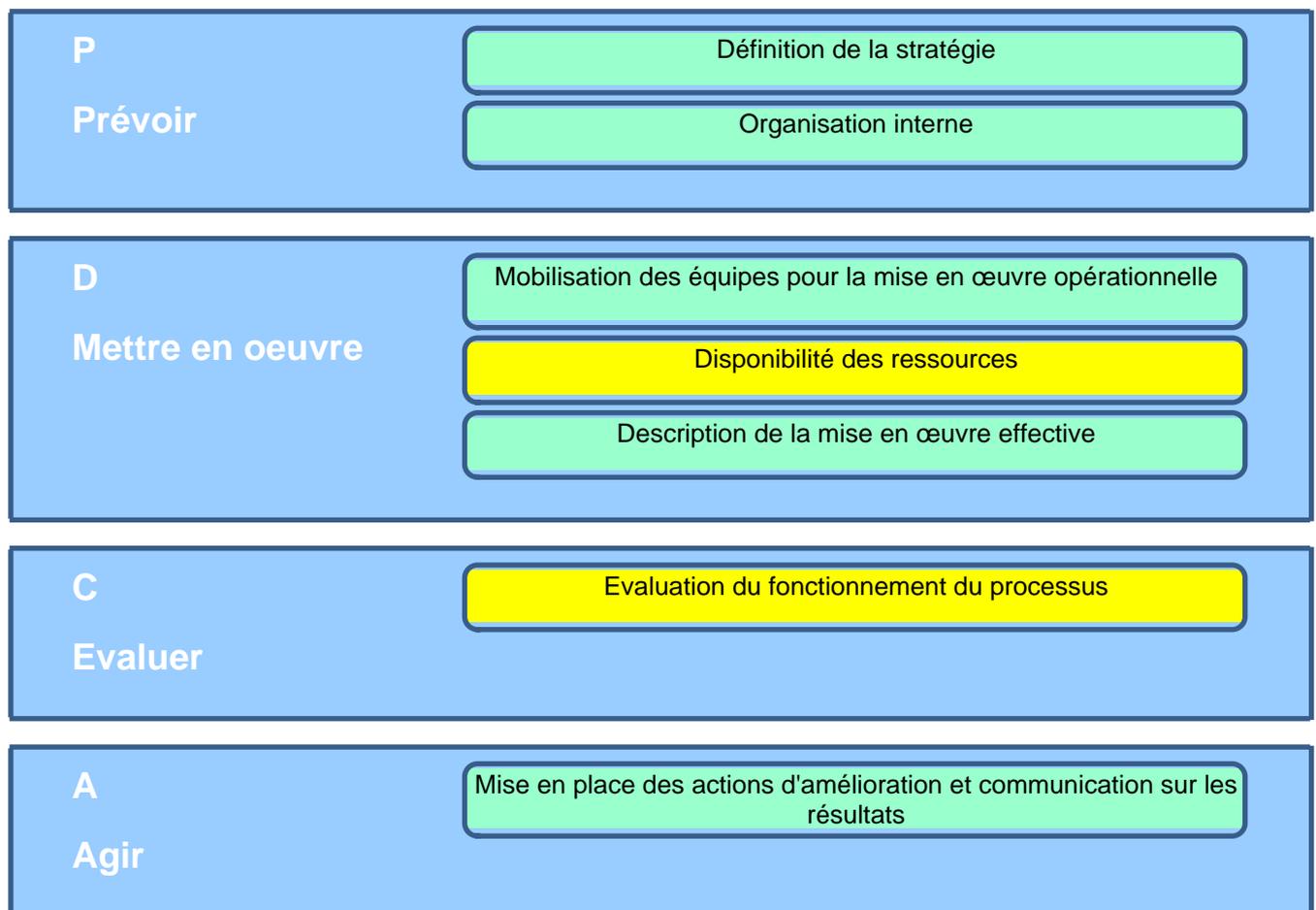
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les 2 hôpitaux de Plaisir, l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social (HGMS) et le Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, sont dans une situation transitoire au moment de la visite des experts visiteurs de la HAS. En effet, une direction commune à ces 2 établissements est en place depuis le 1er janvier 2014 et leur fusion officielle est programmée 3 mois après la visite, à la date du 1er janvier 2018 (décision de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins d'Ile-de-France du 6 juillet 2017). C'est en prévision de cette fusion que la direction s'est engagée dans une procédure de certification unique. Dans cette situation d'attente, il existe 2 conseils de surveillance, 2 CME et les autres instances réglementaires sont en place respectivement dans chaque établissement. Le projet d'établissement sera élaboré après la fusion et lorsque les instances seront créées pour la nouvelle entité. Concernant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la direction commune des 2 établissements a travaillé avec les présidents des CME et validé en instances une politique intermédiaire 2016-2018. Ce document est composé à ce jour de 2 volets distincts et reprend séparément la politique et les objectifs de chaque établissement. Il est prévu qu'à posteriori de la fusion, la direction et la présidence de la CME s'engagent à définir une nouvelle politique qualité gestion des risques avec des objectifs communs. La stratégie et le déploiement des EPP sont définis dans un document politique propre à chaque établissement. La gestion de crise et des plans d'alerte sont définis pour chacun des 2 établissements. La direction rédige actuellement un plan commun avec un notamment un volet attentat. La direction qualité et son service qualité, qui sont communs aux 2 établissements, ont conduit la démarche d'identification des risques de tous les processus afin de renseigner un compte qualité unique. Les décisions de la V2010, les résultats aux IQSS et des évaluations internes ont été pris en compte. Ce travail s'est déroulé avec la participation des professionnels des groupes institutionnels existants des 2 établissements en charge des thématiques concernées; pour 2 processus, "le parcours du patient" et en partie "les droits du patient", 2 nouveaux groupes intégrant les représentants des usagers ont été mis en place. Pour chaque thématique, les risques ont été cotés avec l'échelle de la HAS. L'établissement a choisi de reporter l'exhaustivité des risques et des plans d'actions de ses thématiques dans son compte qualité. Cependant pour l'ensemble des processus, le lien entre le compte qualité et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) n'est pas effectif. En effet les plans d'actions issus de l'analyse des risques de chaque processus n'ont pas été intégrés dans le PAQSS de chacun des 2 établissements. Par ailleurs le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de chaque établissement manque de précision dans sa structuration. La trame du PAQSS est identique pour les 2 établissements; elle précise pour chaque action son thème, son objectif, la structure porteuse et son état (fait, en cours, à faire, reporté, action pérenne, annulé). Néanmoins il n'est pas mentionné le nom du porteur de l'action, l'échéance prévisionnelle de réalisation, l'échéance de réalisation ainsi que les modalités de son suivi.

ORGANISATION INTERNE

Un comité de pilotage qualité et gestion des risques (COPIL QGR) unique est en place depuis le 1er janvier 2017. Il est composé de l'ensemble de la direction qualité-gestion des risques, la direction des soins, les présidents des CME, les référents EPP, les responsables du système d'information, les présidents du CLIN, le pharmacien, le médecin responsable du DIM, les représentants de la CSIRMT et les représentants des usagers membres des 2 CDU. D'autres personnes ressources sont invitées en fonction des sujets abordés. Ce COPIL QGR coordonne l'action des commissions ou groupes existants en lien avec la qualité et la gestion des risques avec principalement, 2 COVIRIS, 2 CDU, 2 CLIN, 2 COMEDIMS, 1 sous-commission antibiotique (HGMS), 1 groupe médicaments à risques (CH Charcot), 1 comité de sécurité transfusionnelle (HGMS), 1 groupe gestion des risques liés aux soins (HGMS), 2 CLUD, 2 CLAN, 2 sous-commissions EPP, 1 groupe de réflexion éthique (HGMS), 1 commission promotion santé éducation ETP (CH Charcot), 1 comité de laïcité en commun, 2 groupes dossier patient informatisé, 1 comité de suivi du SI (CH Charcot), 2 cellules identitovigilance. L'organisation sur le pilotage du processus management de la qualité et des risques et de tous les autres processus est récente (2ième trimestre 2017) et a été mise en place pour la préparation de la visite de certification. Après leur désignation, une fiche de mission générique a été communiquée aux pilotes de processus. Des responsabilités sont identifiées avec par exemple la désignation commune du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, et la désignation pour chaque établissement des référents des vigilances sanitaires. La veille réglementaire est à la charge de chacun des référents ou responsables. Les 2 établissements se sont mobilisés dans le cadre de la préparation à la certification avec la mise en place de séquences patient traceur ainsi que la formation en interne des pilotes de processus et de l'encadrement. Des articles des journaux internes traitent de la qualité et de la gestion des risques; au CH Charcot, des actions de sensibilisation sont prévues lors de l'accueil des internes et lors de la formation consolidation des savoirs des IDE. Néanmoins la stratégie concourant à sensibiliser les professionnels aux démarches qualité et sécurité des soins n'est pas définie ; en effet il

n'existe pas de plan global sur la communication aux professionnels (documents, information, ...) ainsi que sur la formation en utilisant différents moyens avec par exemple, un temps d'accueil du nouvel arrivant non médical avec des éléments sur la qualité et la sécurité des soins, des formations internes et externes ou des journées dédiées; par ailleurs le livret d'accueil du professionnel ne renseigne pas sur le sujet. La coordination des vigilances sanitaires s'organise avec le COVIRIS pour le CH Charcot, avec une sous-commission des vigilances sanitaires et le COVIRIS pour l'HGMS. Les procédures visant à gérer les alertes descendantes et ascendantes des différentes vigilances sanitaires de chaque établissement sont formalisées. Une organisation est prévue sur l'HGMS pour la maîtrise du risque transfusionnel avec un comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, un correspondant d'hémovigilance, des procédures et une stratégie de formation des professionnels. Il existe une convention avec l'Établissement Français du sang de Poissy. Chaque établissement a une sous-commission EPP de la CME afin de favoriser les déploiements et le soutien aux démarches dans les services. La gestion des événements indésirables est structurée avec une procédure dans chaque établissement et un logiciel de déclaration commun depuis avril 2017. L'analyse de l'évènement est prévue: service qualité et référent thème identifié sur une liste pré-établie, si besoin complément lors des COVIRIS mensuels. Le logiciel a un onglet qui permet au déclarant d'avoir accès au suivi de sa déclaration grâce à un code attribué à sa déclaration. L'organisation de la gestion des plaintes et réclamations est en partie commune aux 2 établissements ; la personne désignée chargée des relations avec les usagers est positionnée dans l'organigramme direction qualité-usagers et est unique pour les 2 structures. Cependant le processus de gestion des plaintes et réclamations des 2 établissements n'est pas finalisé. En effet L'HGMS décrit son organisation dans une procédure, mais la procédure de gestion des plaintes et réclamation n'est pas élaborée au CH Charcot ce qui ne contribue pas à la connaissance du processus par les professionnels. Par ailleurs, lors de leur traitement, des plaintes et réclamations peuvent être également traitées par le COVIRIS de chacun des 2 établissements; néanmoins l'articulation avec le dispositif des événements indésirables n'est formalisée dans aucune procédure et le bilan des événements indésirables n'intègre pas les plaintes et réclamations. La CDU est en place dans chaque structure, son règlement intérieur est formalisé. Des représentant des usagers en sont membres, l'un d'eux est président de la commission au CH Charcot. L'information sur le dispositif relatif aux plaintes et réclamations est inscrite dans le livret d'accueil du patient. Les moyens en ressources sur la qualité et les risques sont prévus par la direction qualité. La gestion documentaire est électronique et propre à chaque établissement; sa mise à disposition est réalisée sur leur intranet. Le service qualité a la gestion des procédures, protocoles, guides et documents qualité mis en ligne.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables médicaux, les responsables de directions, l'encadrement soignant, le service qualité et les référents de risques accompagnent les mises en œuvre opérationnelles dans les services. Des sujets sur la qualité et la gestion des risques sont développés lors des réunions générales de l'encadrement tous les 4 mois, lors des CME ou des CSIRMT. Des personnels de direction, des médecins et des cadres soignants, responsables ou membres des groupes institutionnels ou de travail ont été directement associés à la démarche d'identification des risques afin de compléter le compte qualité. Cependant les professionnels des services des 2 établissements méconnaissent les risques prioritaires de l'établissement, les plans d'action du compte qualité et du PAQSS qui les concernent. Lors de la visite des services, il a été constaté que les professionnels de terrain rencontrés savent, dans le cadre de leur exercice quotidien, repérer des risques en lien avec les pathologies des patients reçus, l'organisation en place et si besoin la configuration des locaux. Cependant, faute de diffusion structurée, ils n'ont pas connaissance des risques prioritaires de leur établissement ainsi que des actions prévues dans le compte qualité et du PAQSS, ce qui ne leur permet pas de réfléchir sur les pratiques questionnées à un niveau supérieur et de s'inscrire dans les démarches à venir. Des démarches d'EPP sont en cours sur les 2 établissements. Des EPP sont centrées sur les pratiques médicales, d'autres ont un sujet pluridisciplinaire et les différentes catégories professionnelles concernées sont membres du groupe dédié. Les professionnels des services rencontrés en visite se sont approprié la culture de déclaration des événements indésirables. Des CREX sur la prise en charge médicamenteuse et des revues d'évènement indésirables sont mises en place avec l'appui du service qualité dans les 2 établissements. Des mesures correctives sont éventuellement mises en place en fonction des conclusions des différentes démarches.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels du service qualité ont les formations requises de base pour promouvoir la qualité et les risques ainsi que la méthodologie de démarches d'EPP. Des formations ou sensibilisations sont réalisées essentiellement en interne par exemple, la formation à la V2014 pour les pilotes de processus et l'encadrement, la formation au nouveau logiciel de déclaration des événements indésirables à l'HGMS début 2017, l'accueil des internes du CH Charcot avec des données de base sur la structuration qualité gestion des risques de cet établissement, un module de la formation "consolidation des savoirs en psychiatrie pour les IDE (CH Charcot), la formation aux pratiques de transfusion réalisée par le référent hémovigilance pour les IDE habilités du service de court séjour (HGMS). Chaque professionnel dispose

d'une adresse courriel et y reçoit les nouvelles procédures lors de leur diffusion. Le site intranet de gestion documentaire du CH Charcot est structuré par thématiques. Il existe également un sommaire et les professionnels savent réaliser les recherches. Cependant la plate forme documentaire électronique de l'HGMS manque d'ergonomie et de mise à jour. Ce dispositif est accessible depuis tous les postes informatiques des services. Dans l'onglet "Qualité", les diverses procédures ne sont accessibles que par mots clés; ceci rend les recherches aléatoires et ne permet pas aux professionnels de connaître les documents à disposition sur une thématique et par ailleurs il n'existe pas de sommaire sur ces documents. Dans les autres onglets, le site comporte des informations ou des documents, par exemple le PAQSS, qui ne sont pas actualisés.

Le nombre des postes informatiques dans les services est en corrélation avec les besoins. Leur maintenance est assurée par le service informatique de chaque établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents groupes institutionnels en lien avec la qualité et la gestion des risques se réunissent et sont opérationnels (ordre du jour, compte-rendu de réunion, suivi des actions,...). Les référents de chaque vigilance sanitaire élaborent annuellement un bilan des activités avec notamment la gestion des alertes descendantes et ascendantes ainsi que pour certains des EI déclarés en interne. Le COPIL QGR coordonne ces différentes composantes des 2 établissements et les interfaces. Le PAQSS de chaque établissement est géré par le service qualité après sa validation par le COPIL QGR, le lien avec les responsables concernés ou de groupes pour son actualisation est effectif. Le dispositif relatif aux évènements indésirables est opérationnel de la déclaration, au traitement puis à la mesure corrective si nécessaire. Toutes ces étapes sont rédigées dans le logiciel et prolongent la déclaration initiale, ce qui permet au déclarant d'avoir accès à toutes les données. Les thèmes des déclarations sont en lien avec les activités en place dans les 2 centres hospitaliers. Un bilan des évènements indésirables est élaboré chaque année dans chaque établissement. Les procédures sur le risque transfusionnel de l'HGMS sont appliquées et les traçabilités assurées sur le dossier spécifique de l'EFS. Un bilan des activités est réalisé annuellement par le correspondant hémovigilance. Pour chaque EPP, il existe un groupe constitué médical ou pluri professionnel selon le sujet. La sous-commission EPP de la CME de chaque établissement suit l'évolution des démarches. Le service qualité apporte son soutien méthodologique pour la conduite des EPP. Les démarches relatives aux plaintes et réclamations sont réalisées par la responsable des relations avec les usagers et la directrice qualité. Les responsables des services concernés sont associés. Les représentants des usagers sont informés par la direction du contenu des plaintes et réclamations dès leur réception; ils participent aux réflexions sur les mesures correctives ou d'amélioration. Un tableau de bord permet le suivi précis de chaque situation, il est présenté à chaque réunion des CDU ainsi qu'un bilan annuel. Le livret d'accueil du patient à disposition et une affiche spécifique apposée dans chaque service informent du dispositif des plaintes et réclamations. Les 2 CDU se réunissent régulièrement. Les ordres du jour traitent des plaintes et réclamations, des demandes d'accès au dossier, des questions sur les droits du patient et de la démarche qualité sécurité des soins des établissements. Sur proposition des représentants des usagers, des réunions communes des 2 CDU ont débuté en 2017. Les 2 établissements facilitent l'implication des représentants des usagers par exemple dans les désignations de président du conseil de surveillance (HGMS) et de vice-président du conseil de surveillance (CH Charcot).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les 2 établissements participent et suivent les IQSS nationaux auxquels ils sont soumis. Le dispositif relatif à l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas opérationnel dans tous les secteurs d'activité. Le questionnaire de satisfaction du séjour est à disposition des usagers à l'HGMS; néanmoins les bilans annuels font apparaître de rares retours sur l'USLD que ce soit de la part du patient ou de son entourage. Le CH Charcot ne met plus le questionnaire de satisfaction à disposition du patient; le choix s'est porté sur une enquête biennale, la dernière a eu lieu en 2015. Ainsi il n'existe pas d'évaluation régulière de la satisfaction des usagers avec une présentation des résultats à la CDU, puis une réflexion continue pour décider d'axes d'amélioration. Différents bilans annuels sont réalisés par les commissions ou des référents de risques dans chaque établissement: évènements indésirables, plaintes et réclamations, vigilances sanitaires, ... Cependant le dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques n'est pas structuré. Il n'existe pas de tableau de bord centralisé prévoyant la périodicité des évaluations, leurs résultats et par ailleurs les indicateurs internes quantitatifs et qualitatifs sont peu développés. Il n'y a pas de vision systémique du dispositif d'évaluation. La direction et le COPIL QGR ne sont pas en mesure de s'assurer qu'ils atteignent les objectifs qu'ils se sont fixés sur tous les processus et de la pertinence du système de management de la qualité et de la gestion des risques.

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

Des actions d'amélioration sont identifiées sur l'ensemble des processus par exemple à partir des évaluations internes et externes, du traitement des événements indésirables ou de la dynamique des groupes institutionnels. Ces actions sont inscrites dans le PAQSS de chaque établissement après validation du COPIL QGR. En fonction des sujets, différentes modalités de communication sont utilisées: ces actions peuvent être présentées aux CME, aux CSIRMT, et/ou faire l'objet d'un article dans le journal interne commun à l'intention des professionnels. In fine, les informations sont relayées auprès des professionnels par l'encadrement mais aussi, en fonction des thématiques, par des membres opérationnels de groupes institutionnels. Les usagers sont informés des résultats aux IQSS et de leurs évolutions par un affichage dans chaque secteur d'activité. Les mesures d'amélioration sont communiquées aux représentants des usagers lors des CDU et lors des réunions du COPIL QGR auquel ils participent.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Pour l'ensemble des processus, le lien entre le compte qualité et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) n'est pas effectif. Les plans d'actions issus de l'analyse des risques de chaque processus n'ont pas été intégrés dans les PAQSS des deux établissements.	8a
	PS	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de chaque établissement manque de précision dans sa structuration. Le PAQSS a une trame commune pour les 2 établissements; il précise pour chaque action son thème, son objectif, la structure porteuse et son état (fait, en cours, à faire, reporté, action pérenne, annulé). Cependant il n'est pas mentionné le nom du porteur de l'action, l'échéance prévisionnelle de réalisation, l'échéance de réalisation ainsi que les modalités de son suivi.	8a
P / Organisation interne	PS	La stratégie concourant à sensibiliser les professionnels aux démarches qualité et sécurité des soins n'est pas définie. Les 2 établissements se sont mobilisés dans le cadre de la préparation à la certification avec la mise en place de séquences patient traceur ainsi que la formation en interne des pilotes de processus et de l'encadrement. Des articles des journaux internes traitent de la qualité et de la gestion des risques; au CH Charcot, des actions de sensibilisation sont prévues lors de l'accueil des internes et lors de la formation consolidation des savoirs des IDE. Cependant il n'existe pas de plan global sur la communication aux professionnels (documents, information, ...) ainsi que sur la formation en utilisant différents moyens avec par exemple, un temps d'accueil du nouvel arrivant non médical avec des éléments sur la qualité et la sécurité des soins, des formations internes et externes ou des journées dédiées; par ailleurs le livret d'accueil du professionnel ne renseigne pas sur le sujet.	1g
	NC	Le processus de gestion des plaintes et réclamations des 2 établissements n'est pas finalisé. La procédure de gestion des plaintes et réclamation n'est pas élaborée au CH Charcot ce qui ne contribue pas à la connaissance du processus par les professionnels. Lors de leur traitement, des plaintes et réclamations peuvent être également traitées par le COVIRIS de chacun des 2 établissements; cette articulation avec le dispositif des événements indésirables n'est formalisée dans aucune procédure, par ailleurs le bilan des événements indésirables n'intègre pas les plaintes et réclamations.	9a
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels des services des 2 établissements méconnaissent les risques prioritaires de l'établissement, les plans d'action du compte qualité et du PAQSS qui les concernent. Lors de la visite des services, il a été constaté que les professionnels de terrain rencontrés savent, dans le cadre de leur exercice quotidien, repérer des risques en lien avec les pathologies des patients reçus, l'organisation en place et si besoin la configuration des locaux. Cependant, faute de diffusion structurée, ils n'ont pas connaissance des risques prioritaires de leur établissement ainsi que des actions prévues dans le compte qualité et du PAQSS, ce qui ne leur permet pas de réfléchir sur les pratiques questionnées à un niveau supérieur et de s'inscrire dans les démarches à venir.	8a
D / Disponibilité des	NC	La plate forme documentaire électronique de l'HGMS manque d'ergonomie et de mise à jour. Ce dispositif est accessible depuis tous les postes	5c

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
ressources		informatiques des services. Dans l'onglet "Qualité", les diverses procédures ne sont accessibles que par mots clés; ceci rend les recherches aléatoires et ne permet pas aux professionnels de connaître les documents à disposition sur une thématique et par ailleurs il n'existe pas de sommaire sur ces documents. Dans les autres onglets, le site comporte par ailleurs des informations ou des documents, par exemple le PAQSS, qui ne sont pas actualisés.	
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le dispositif relatif à l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas opérationnel dans tous les secteurs d'activité. Le questionnaire de satisfaction du séjour est à disposition des usagers à l'HGMS; cependant les bilans annuels font apparaître de rares retours sur l'USLD que ce soit de la part du patient ou de son entourage. Le CH Charcot ne met plus le questionnaire de satisfaction à disposition du patient. Le choix s'est porté sur une enquête biennale, la dernière a eu lieu en 2015. Il n'existe pas d'évaluation régulière de la satisfaction des usagers avec une présentation des résultats à la CDU, puis une réflexion continue pour décider d'axes d'amélioration.	9b
	PS	Le dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques n'est pas structuré. Il n'existe pas de tableau de bord centralisé prévoyant la périodicité des évaluations, leurs résultats et par ailleurs les indicateurs internes quantitatifs et qualitatifs sont peu développés. Il n'y a pas de vision systémique du dispositif d'évaluation. La direction et le COPIL QGR ne sont pas en mesure de s'assurer qu'ils atteignent les objectifs qu'ils se sont fixés sur chaque processus et de la pertinence du système de management de la qualité et de la gestion des risques.	1e

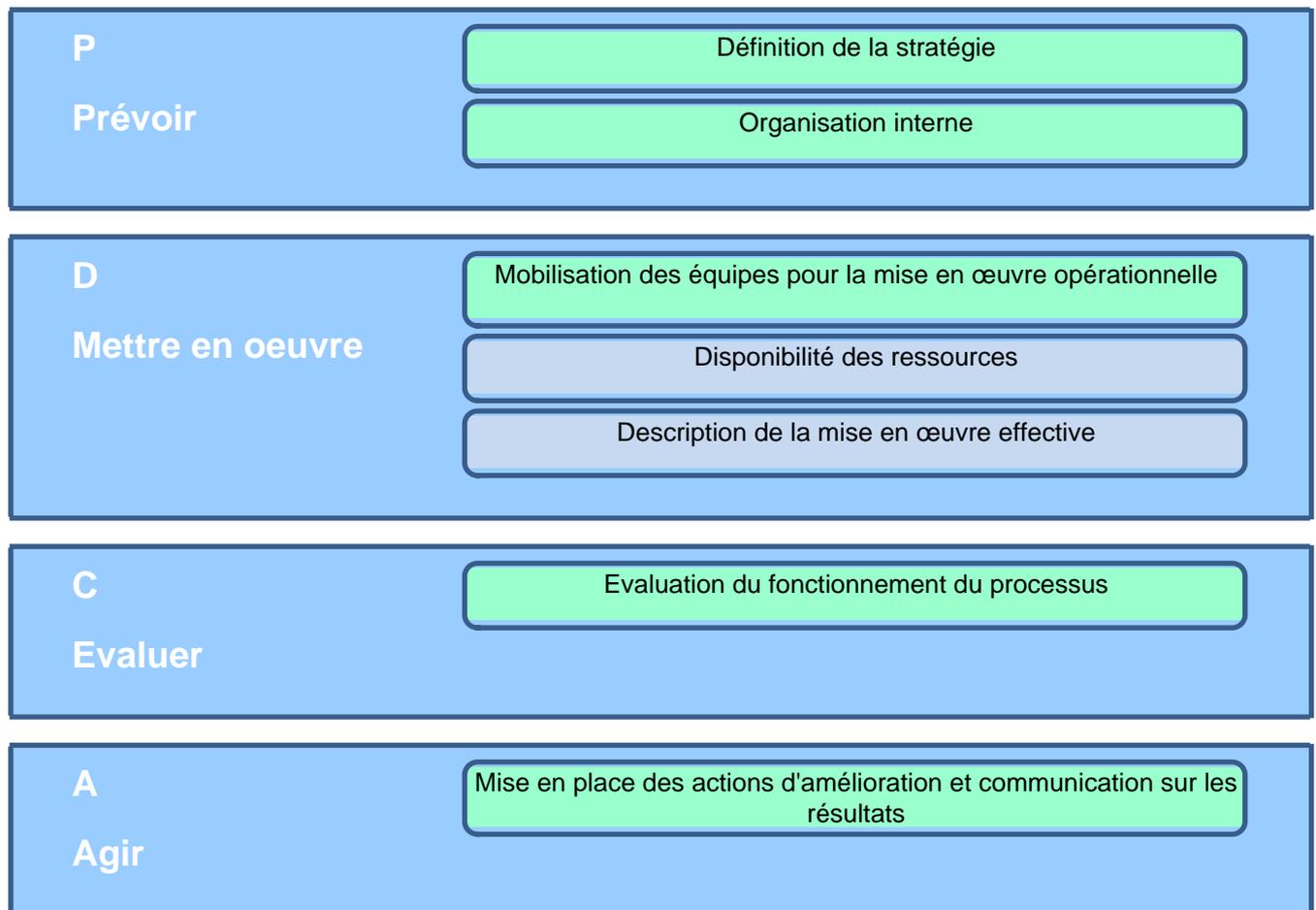
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Il existe une politique et des objectifs relatifs à la gestion du risque infectieux, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres aux deux établissements, le Centre Hospitalier Jean-Martin CHARCOT (CH JM CHARCOT) et l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social (HGMS). Cette stratégie porte sur l'ensemble du processus Gestion du Risque Infectieux : hygiène des locaux, bon usage des antibiotiques et gestion du risque infectieux. Elle est définie par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) en concertation avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME). L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques a été réalisée à partir des critères du manuel de certification lié à la thématique "Gestion du Risque Infectieux", des rapports d'activités, des Fiches d'Evénements Indésirables, du nombre de Bactéries Multi Résistantes (BMR), du nombre de Bactéries Hautement Résistantes (BHR), des risques sur les transmissions croisées, d'audits sur les Accidents d'Exposition au Sang (AES), les Déchets d'Activités de soins à Risques Infectieux (DASRI), l'hygiène des mains, etc. La hiérarchisation des risques et leur niveau de maîtrise ainsi que la prise en compte des résultats des indicateurs nationaux sont à la base de l'élaboration du Compte Qualité (CQ). 31 risques ont été identifiés par le groupe de travail CLIN-EOH. Cette stratégie est validée par les instances concernées et notamment la CME, la CSMIRT, le CHSCT, la Commission Des Usagers (CDU) et la Direction qualité et sécurité des soins. Pour définir ses priorités, l'établissement s'est appuyé sur la politique hygiène, les exigences réglementaires, les orientations stratégiques nationales et les évaluations.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier Jean-Martin CHARCOT (CH JM CHARCOT) et l'hôpital Gériatrique et Médico-Social (HGMS) ont établi une organisation pour piloter le processus gestion des risques infectieux. Les deux établissements ont chacun leur propre CLIN. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est commune aux deux établissements. L'organisation interne, opérationnelle, comprend les deux CLINS, la sous commission des antibiotiques et un praticien référent antibiotique. L'EOH est sous la responsabilité des deux CLINS qui font partie intégrante des CME. Les deux CLINS sont assistés sur le terrain par l'EOH. Des moyens sont définis, en concertation avec les CME et l'EOH pour maîtriser le risque infectieux. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Le service qualité et gestion des risques a travaillé sur une trame commune des procédures et protocoles, dans l'optique de la fusion des deux établissements en janvier 2018. Les nouvelles procédures et les procédures réactualisées se font sur cette trame commune. Une organisation (élaboration de procédures, protocoles, guides, etc.) est prévue pour promouvoir le bon usage des antibiotiques avec la pharmacie et le médecin référent antibiotiques. Les médecins disposent d'outils d'aide à la prescription comme le guide de thérapeutique anti-infectieuse et antiparasitaire.

Le Système de Gestion Documentaire (GED) intègre des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux comme les précautions standards et complémentaires, la prévention des infections associées aux gestes invasifs, la prévention des AES, etc. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit la réponse à ses besoins en ressources humaines. Les membres de l'EOH prévoient des formations périodiques des professionnels, notamment à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux. Les besoins en matériels et équipements sont prévus afin d'assurer la sécurité des patients et des professionnels : matériel sécurisé, solutés hydro-alcooliques, équipements de protection des personnels (masques, lunettes, surblouses, tabliers plastiques à usage unique).

Il existe également un comité air eau et fluides médicaux bi-site qui prévoit des prélèvements selon un calendrier défini. Les deux établissements ont organisé une procédure dégradée en cas de panne informatique avec l'existence dans chaque bureau médical d'un poste informatique fonctionnant 24 heures sur 24 et permettant par exemple d'imprimer les ordonnances médicales et d'assurer la traçabilité des actions entreprises. Les conditions d'hygiène des locaux sont organisées par un prestataire extérieur sur les deux établissements. Un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations. Il comprend également des dispositions définissant la conduite à tenir et la tenue des intervenants adaptées au niveau de risques de chaque secteur d'activité. Le prestataire prévoit des formations à l'hygiène des locaux et à l'utilisation des produits à destination des professionnels. Les agents des services hospitaliers (ASH) bénéficient d'un matériel adapté pour assurer l'hygiène des locaux. Les produits choisis pour assurer l'entretien des locaux combinent efficacité avec toxicité minimale pour l'utilisateur et protection maximale de l'environnement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre l'EOH et les professionnels de l'ensemble des secteurs d'activités.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'EOH, les référents hygiènes ainsi que les cadres de santé sont engagés dans la mobilisation et la sensibilisation des professionnels sur la gestion des risques infectieux sur les deux établissements. Ils communiquent à leurs équipes des informations par le biais des réunions d'information, de comptes rendus de réunions ou lors de transmissions inter-équipes. Les professionnels connaissent les risques liés à leur secteur d'activité. Les équipes sont mobilisées pour la rédaction des protocoles et procédures. Lors d'un épisode épidémique, l'ensemble des acteurs est mobilisé (praticien hygiéniste, EOH, cadres de santé, responsable qualité et gestion des risques, professionnels des secteurs d'activité). Les membres de l'EOH en collaboration avec les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques mises en place en rapport avec les dispositifs prévus et les procédures développées et informent les professionnels de leurs résultats. Les consommations en antibiotiques et les résistances aux antibiotiques sont communiqués aux services de soins par le praticien hygiéniste et le référent en antibiothérapie suite à la présentation en comité antibiotiques et/ou CLIN. L'EOH en lien avec les prestataires externes pour l'hygiène des locaux mobilise les professionnels afin d'assurer des conditions d'hygiène optimales des locaux. Les deux établissements mobilisent leurs équipes par des formations et sensibilisations régulières.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en ressources humaines sont organisées et disponibles. L'EOH est composée de personnes formées : un praticien hospitalier, deux cadres hygiénistes et des correspondants en hygiène dans les secteurs d'activité (unités fonctionnelles d'hospitalisation complète et de jour sur l'HGMS et le CH JM CHARCOT ainsi qu'en ambulatoire en pédopsychiatrie sur le CH JM CHARCOT). Les correspondants en hygiène participent aux réunions de l'EOH et font des retours au niveau des professionnels afin d'assurer la continuité des actions établies. L'EOH, à la demande des professionnels, intervient dans les secteurs d'activité et organise des formations "flash" pour les infirmiers, les aides-soignants et les agents des services hospitaliers sur différentes thématiques liées au risque infectieux (hygiène des mains, DASRI, fiches d'événements indésirable, AES etc.). Des formations au bon usage des antibiotiques sont réalisées pour les nouveaux médecins par la pharmacie pour le CH JMC et par le référent en antibiothérapie sur l'HGMS. L'hygiène des locaux se fait par sous-traitance. Un cahier des charges comprend notamment des dispositions définissant la conduite à tenir et la tenue des intervenants adaptée au niveau des risques du secteur d'activité. Les procédures et protocoles établis par les prestataires sont régulièrement actualisés et diffusés. Des locaux de rangement et de stockage sont identifiés dans les secteurs de soins (local DASRI, local des déchets). Des protocoles concernant leur stockage et leur enlèvement par le prestataire sont effectifs. Les différents protocoles et procédures sont évalués en CLIN. Des actions de formation et de sensibilisation périodiques sont menées auprès des agents qui assurent l'entretien des locaux. Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre. Les documents opérationnels sont accessibles à tout moment par les professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Des ressources matérielles et documentaires sont disponibles pour tous les professionnels : procédures, livret antibiotiques, liste des antibiotiques à dispensation contrôlée, livret hygiène, matériel de protection individuel, matériel sécurisé pour éviter les AES. Les procédures sont connues par les professionnels par exemple sur l'hygiène des mains, les précautions standards ou la conduite à tenir en cas de patient porteur de BMR. Sur l'HGMS dans la base documentaire, existe un onglet spécifique "EOH" qui centralise l'ensemble des procédures et protocoles de ce processus (hygiène des locaux, maîtrise du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques), ce qui facilite l'accès. Un guide et des protocoles de bon usage de prescription des antibiotiques et des formations à destination du personnel médical sont mis en œuvre. Sur l'HGMS et le CH JM CHARCOT les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Les établissements assurent le bon usage des antibiotiques, des moyens sont mobilisés (pharmacien, la sous-commission des antibiotiques, le praticien référent des antibiotiques). Des outils sont diffusés (protocoles, affiches, plaquettes), des actions mises en œuvres (formation et communication). Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques (suivi d'indicateurs) est mis en place. Lors de la CME De l'HGMS et du CH JM CHARCOT du mois de juin dernier, la praticienne hygiène a ré-insisté sur la nécessité de réévaluer l'antibiothérapie ; des formations de sensibilisation sont programmés auprès de la communauté médicale.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité met en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux établies en lien avec l'EOH et le prestataire externe ; les matériels sécurisés sont utilisés, les précautions standards et complémentaires sont respectées. Avec l'aide de l'EOH, les équipes mettent en œuvre les organisations pour la maîtrise du risque infectieux. Le personnel applique les procédures pour les patients en isolement septique. Les Kit AES et isolement en cas d'infection nosocomiale sont à disposition dans les services de soins. En cas d'isolement contact de patient, les affiches sont apposées sur la porte de la chambre du patient, les pratiques sont respectées (selon le statut infectieux du patient : port de gants, de masque, sur blouse, mesures spécifiques pour

l'élimination du linge, l'entretien de la chambre et sanitaires). L'amélioration de l'utilisation des SHA est engagée avec la diffusion régulière des indicateurs ICSHA, la poursuite de la formation et les audits. Le bio-nettoyage des locaux est assuré par les prestataires externes, ainsi que sa traçabilité. Sur le CH JM CHARCOT, le dossier patient est entièrement informatisé. Sur l'HGMS, l'informatisation se fait progressivement et il existe un dossier patient papier unique sur cet établissement. L'ensemble des professionnels des deux établissements ont été accompagnés et formés dans la mise en place du dossier informatisé. La délivrance des antibiotiques s'effectue au vu de l'ordonnance. Un livret d'antibiotique est disponible dans les services de soins ainsi que des protocoles d'antibiothérapie. Le pharmacien et les services de soins ont accès aux résultats biologiques et à l'antibiogramme. La traçabilité de réévaluation de l'antibiothérapie entre les 48-72 heures est effectuée dans le dossier patient informatisé. Si cette réévaluation n'est pas effectuée, une alerte de la part du pharmacien prévient immédiatement le médecin pour qu'il effectue cet acte de réévaluation. L'argumentation pour toute antibiothérapie dépassant 7 jours est argumentée dans le dossier patient informatisé. L'HGMS dispose d'une balnéothérapie. L'aide soignant responsable assure le bio-nettoyage avec une formation spécifique "nettoyage des plateaux techniques". Les règles d'hygiène sont respectées. Il effectue deux fois par jour des prélèvements d'eau et les résultats sont affichés à l'entrée. Le carnet sanitaire est suivi quotidiennement. Un laboratoire externe intervient tous les 15 jours pour effectuer des prélèvements complémentaires ; l'EOH intervient en fonction des résultats. Le travail collaboratif entre l'EOH et les professionnels de terrain en matière de formation et de sensibilisation et la communication sont une réalité observée au cours des visites des unités de soins. Les circuits sont respectés et les interfaces entre l'EOH, la pharmacie, les praticiens hospitaliers et les unités sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HGMS et le CH J.M CHARCOT assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de la gestion des risques infectieux sur la base d'outils identifiés (indicateurs ICALIN 2 ICATB, ICSHA 3, surveillance des BMR/BHR, surveillance des déchets DASRI, surveillance des infections à Clostridium difficile, de la consommation des produits hydro-alcooliques, du taux de vaccination antigrippale du personnel, de la surveillance des AES, des investigations et préventions des épidémies, tableaux de bord, bilan d'activité, audit, traçabilité de l'entretien des baignoires hydrauliques et des purges des points d'usages, etc.). Des audits sont réalisés sur la réévaluation de l'antibiothérapie entre les quarante huitième et soixante douzième heures. Le praticien référent antibiotiques a mis en place des audits sur les infections urinaires en gériatrie. Une chambre des erreurs dont celle relative au risque infectieux, a été mise en place et opérationnelle. Un bilan des deux CLINS annuel est effectué. Les résultats figurent dans le bilan CLIN qui est présenté en CME ainsi qu'aux différentes instances (CDU, la CSIMRT, etc.)

A / AGIR

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

La politique de gestion des risques infectieux est réajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé.

Des actions de réajustement sont mises en œuvre par le CLIN, l'EOH et la sous-commission des antibiotiques, par exemple des actions de formation portant sur l'utilisation des SHA, sur la réévaluation de l'antibiothérapie entre 48 - 72 heures. Des supports et modalités de diffusion sont établis à destination des professionnels (réunions, notes de service, affichage, diffusion des comptes-rendus). Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés et consultables sur les deux sites des deux établissements. Les résultats sont communiqués en interne. Les usagers sont informés via les CDU et les fiches d'événements indésirables relatives à la gestion des risques infectieux.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

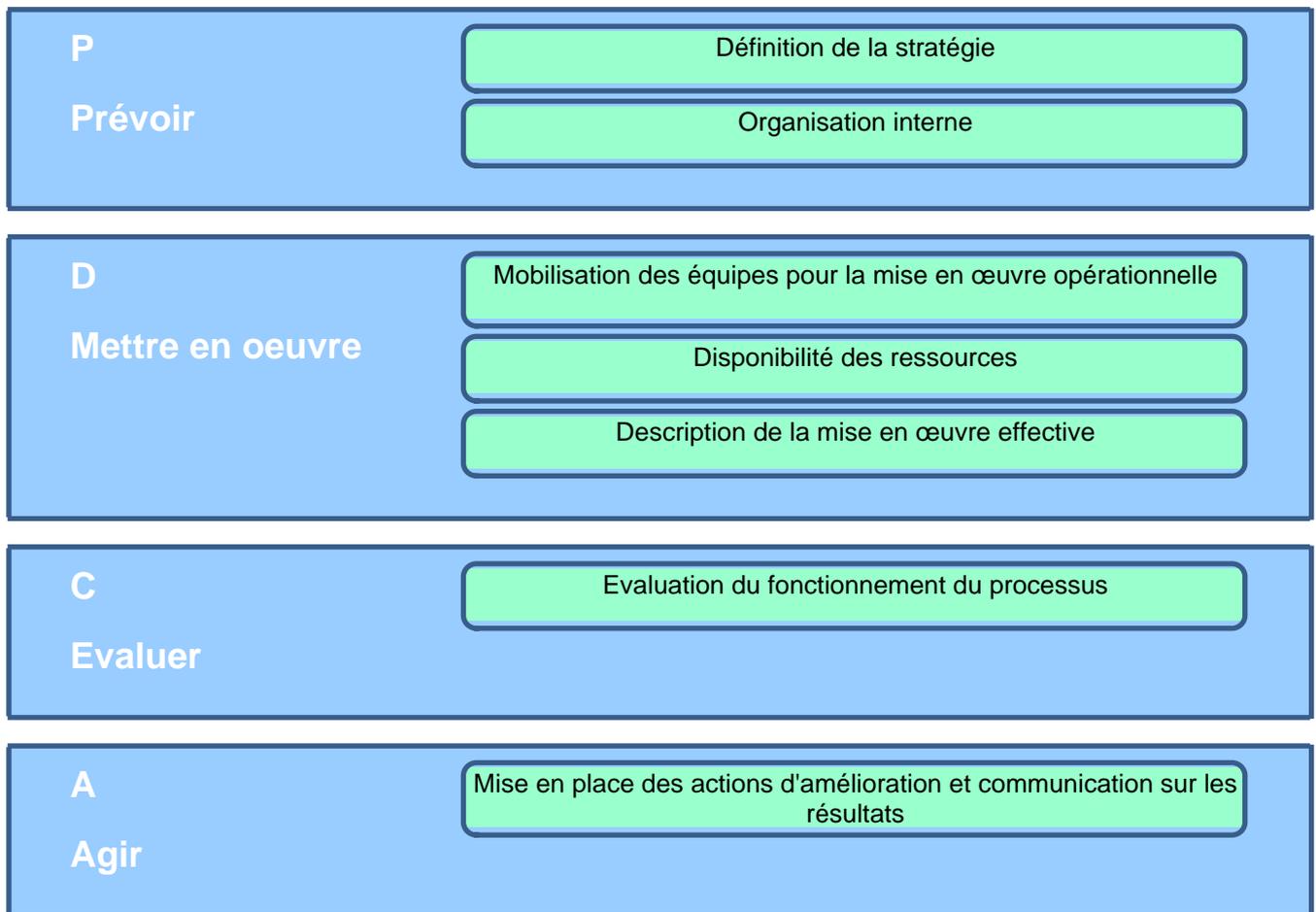
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans le document « politique qualité gestion des risques intermédiaire 2016-2018 » avec un volet pour chaque établissement. L'HGMS dans la lettre d'engagement du directeur et du président de la CME, rappelle la volonté d'un esprit basé sur les chartes du patient hospitalisé, de la personne âgée dépendante, des droits et liberté de la personne accueillie et édicte les principes institutionnels suivants : être à l'écoute des patients, promouvoir le respect des droits et informer les patients, afficher le respect et la tolérance envers le patient et le sa famille. Le CH Charcot dans son préambule rappelle les principes d'éthique médicale et soignante puis fixe des orientations stratégiques dont, impliquer davantage les usagers dans la politique d'amélioration de la qualité, faciliter l'expression du patient dans tous les domaines de sa prise en charge, faciliter la rencontre des patients et de leurs proches avec les membres des associations d'usagers et de familles au sein de l'hôpital. Une politique commune aux deux établissements relative au respect des droits des patients sera formalisée suite la fusion future. Un groupe de travail associant des représentants des usagers a été constitué et des risques ont été identifiés pour chaque critère du manuel de certification correspondant à cette thématique, puis corrélés à des actions d'améliorations. Ces risques identifiés et intégrés dans le compte qualité sont basés sur les données pertinentes de l'établissement (l'analyse de plaintes, des déclarations d'évènements indésirables, des médiations, les indicateurs nationaux tels l'enquête e-Satis et l'indicateur TDP PSY, et de l'écoute des représentants des usagers) ainsi que sur les recommandations de la dernière certification. La direction commune qualité - usagers a en charge de décliner le PAQSS institutionnel et les actions prioritaires du CQ. Les représentants des usagers sont régulièrement sollicités pour les instances (Conseil de surveillance, CDU, COPIL qualité) et ont participé aux démarches en lien avec cette thématique.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de leurs missions, les établissements ont mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage institutionnel est représenté du Directeur, de la Directrice MQGDR, de la coordonnatrice des soins des deux sites ainsi que des présidents de la commission médicale de chaque établissement. Les pilotes opérationnels sont représentés par les représentants des usagers, des médecins et cadres de santé de chaque établissement. Ils sont investis et impliqués, notamment les représentants des usagers chacun étant respectivement président et vice-président des Conseils de Surveillance de chaque établissement ce qui, au-delà du sens symbolique, apporte une réelle plus-value sur la remontée des plaintes et réclamations, des problèmes en lien avec cette thématique et la pertinence des solutions apportées. Les pilotes détiennent leur fiche de mission établie en ce sens. Les ressources humaines nécessaires pour conduire le dispositif sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Leurs missions sont définies, formalisées et connues. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les actions de formation sur les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation des deux établissements. Sur JM Charcot, les cycles de consolidation des savoirs contiennent des informations en lien avec cette thématique par exemple sur la contention, les mesures d'isolement. D'un point de vue architectural, l'HGMS a fait l'objet d'une reconstruction partielle dont le bâtiment neuf profite aux structures SSR, MPR et médecine. Il est prévu de procéder au transfert des unités de soins de longue durée (USLD) vers un bâtiment en cours de rénovation, tandis que le CH Charcot demeure dans l'attente de l'achèvement d'une structure neuve unique d'hospitalisation dont le calendrier de réalisation a connu plusieurs déconvenues.

Le CH Charcot est habilité pour dispenser des soins sans consentement et a élaboré en ce sens, sous forme de procédure, un dispositif d'accueil et de prise en charge sécurisée des patients hospitalisés dans le cadre de SPDRE, SPDT. Les mesures de restrictions de libertés (isolement et contention) font toutes l'objet de prescription médicale et de procédure. Dans le même ordre d'idée le CH Charcot a mis en place un registre des mesures de contention et d'isolement numérique. Ces dernières font l'objet d'un rapport annuel formalisé sur les pratiques d'isolement et de contention. Dans ce contexte, le CH Charcot a également prévu une organisation permettant le respect des libertés individuelles. Par exemple, toutes les unités sont ouvertes ce qui permet le respect de la libre circulation des patients en hospitalisés avec consentement. Les établissements ont mis en place des démarches structurées d'information au patient ou aux ayant droit en cas de dommage lié aux soins notamment sous forme de procédure ou de signalement d'évènement indésirable. Une organisation est en place pour le recueil du consentement et le cas échéant le refus de soins. Par ailleurs, il est prévu des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur JM Charcot tout comme un groupe technique pluridisciplinaire sur l'HGMS, animé par le président de la CME et adossé au comité d'éthique, qui doit traiter les questions en lien avec l'usage de la contention. En revanche, sur l'HGMS, la procédure de signalement des cas de maltraitance n'est ni définie ni diffusée. Plusieurs procédures en lien avec la thématique droits des patients sont diffusées au sein des services ainsi qu'au sein des outils numériques respectifs de chaque établissement en matière de gestion

documentaire numérisée (GED). Celles-ci régissent notamment l'utilisation de la contention, des mesures d'isolement. Néanmoins, si l'établissement JM Charcot a formalisé sa procédure de signalement des cas de maltraitance, cette dernière n'existe pas dans le dispositif qualité de l'HGMS, que cela soit sur support papier ou numérique. La gestion des plaintes et réclamations ainsi que les médiations sont organisées et réalisées en interne pour les deux établissements. Les établissements informent les patients ou les ayants droit sur leurs droits et les missions de la CDU grâce au livret d'accueil à l'intérieur duquel un encart fait mention de la possibilité de saisir la CDU et de réaliser une réclamation. Dans les structures où ce document n'est pas remis en raison de l'état clinique du patient, les mentions réglementairement attendues sont affichées dans les lieux d'attente et d'accueil.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des services s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement. Des actions de sensibilisation sont effectuées lors des staffs hebdomadaires dans l'ensemble des services rencontrés durant la visite. Elles portent sur le respect de la confidentialité, de l'intimité et des procédures en lien avec cette thématique. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. Sur l'intersectoriel 04 du CH Charcot, les cadres sont référents sur différents aspects qualité, et sensibilisent en ce sens leurs équipes, dont certains membres sont également référents et d'autres participent aux EPP et audits sur les droits des patients. En cas de dysfonctionnements importants ou récurrents en lien avec cette thématique, comme d'autres, ils n'hésitent pas à émettre et suivre des fiches d'événements indésirables (FEI). Cette implication dans la démarche qualité a permis la création de groupe de travail sur ce secteur qui a pu proposer des actions d'améliorations, notamment en lien avec la diététicienne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les établissements ont mis en place des compétences permettant de répondre aux attentes des personnes prises en charge, par exemple recours à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou à l'équipe de mobile de gériatrie (EMG). De manière générale, des staffs pluridisciplinaires ont lieu hebdomadairement mêlant différents types de professionnels : assistant social, éducateur, psychomotricien, kinésithérapeute et psychologue complètent l'équipe médicale et paramédicale en plus de la diététicienne, un art thérapeute, ceci en fonction des métiers associés à la prise en charge du patient. Un ergothérapeute intervient afin d'améliorer la préhension des couverts lors des repas tout comme l'adhérence des assiettes au plateau repas à l'aide d'un revêtement spécifique, seulement lorsque la situation le nécessite. Les aversions alimentaires tout comme les régimes spécifiques sont interrogés et pris en compte par la diététicienne. Des sessions de consolidations des savoirs ont régulièrement lieu au CH Charcot sur les thèmes en lien avec ce processus (contention, cadre juridique), tout comme des formations informatiques relatives à l'usage des logiciels sont rapidement mise en œuvre auprès des nouveaux recrutés des deux établissements afin de pouvoir leur attribuer au plus vite des codes d'accès aux différents logiciels permettant de suivre la prise en charge. A l'hôpital Charcot, un accueil du patient est effectué au sein des services par un binôme médical et paramédical dans les unités d'hospitalisation. Un registre des isolements et contention est disponible de manière numérique complètement conforme aux attendus de la réglementation en la matière, mentionnant ainsi l'identité du prescripteur, date et heure de début et fin d'isolement ainsi que l'identité des personnels ayant assuré la surveillance. Un livret d'accueil du patient est remis dans les unités d'hospitalisation investiguées quand la situation s'y prête. Dans les hôpitaux de jours prenant en charge enfants et adolescents, des plaquettes d'information sur le service sont remises en lieu et place, complétées par les informations réglementaires en lien avec cette thématique, affichées dans le service (charte de la personne accueillie, charte de la bientraitance, droit à l'accès à l'information et au dossier médical). Les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement sont disponibles pour les proches (lieu de convivialité dans certains services, lits d'appoints pour les autres), en dehors du service de psychiatrie. Par ailleurs, des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants quand la situation le permet. D'un point de vue architectural, au sein des services visités sur l'HGMS (USLD), les locaux provisoirement occupés dans l'attente du transfert vers le bâtiment des oliviers permettent la confidentialité des informations ainsi que le respect de l'intimité et de la dignité des patients. De même, les nouveaux locaux dédiés à la prise en charge médecine, SSR et MPR permettent une prise en charge optimale en terme de respect des droits des patients. Au CH Charcot, des salons de familles existent, et la recommandation précédente visant à isoler les consultations somatiques effectuées par des médecins généralistes a été réalisée sur le pavillon vert (G14). Les locaux visités au sein des hôpitaux de jour de l'intersectoriel sont très spacieux, agréables et adaptés à la prise en charge des troubles du comportement. Néanmoins, sur le Centre Hospitalier JM Charcot, au sein de certaines structures d'hospitalisation complète, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'établissement JM Charcot s'est engagé financièrement en 2006 dans la reconstruction des bâtiments regroupant l'hospitalisation complète dans une structure mono bloc. L'arrêt des travaux en raison de malfaçons n'ayant pas permis de finaliser l'opération à ce jour, il demeure une structure d'hospitalisation conservant à ce jour quelques chambres à 3 lits. Toujours sur cet aspect

des choses, des patients traceur ont permis de constater dans deux unités, des oculi non occultés au moins en partie sur certaines portes de chambres, ne permettant d'assurer à minima le respect de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés. Des procédures relatives aux sujets en lien avec la thématique (contention, isolement) sont disponibles au sein de la GED électronique de chaque établissement et les professionnels ont les postes informatiques nécessaires à disposition pour l'accessibilité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les dispositions prévues afin de garantir le respect des droits du patient. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU ainsi que des représentants des usagers. Dans les unités de soins, un accueil individuel est organisé et les entretiens médicaux et paramédicaux sont reportés dans le dossier du patient. Le patient est informé de son état de santé tout au long de sa prise en charge. Certains services ont élaboré et mis en place des triptyques de présentation de l'unité. Le consentement du patient est recueilli et de manière générale la traçabilité dans le dossier de soins est assurée, notamment en ce qui concerne les constantes et les interventions des différents professionnels. Les soins y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Le recueil des rites funéraires est effectué et respecté. L'attitude et le langage des professionnels sont adaptés au respect des patients. Les pratiques des professionnels sont orientées vers le respect de la confidentialité de l'information relative au patient.

Le refus de soins, la personne de confiance, la personne à prévenir sont renseignés dans le DPI sur Charcot et le DP papier sur l'HGMS. Sur les secteurs d'hospitalisation de JM Charcot, des statistiques mesurant les écarts entre les attendus en la matière et le réel sont communiqués au médecin référent qui sensibilise les équipes concernées au remplissage exhaustif des dossiers. L'organisation et les pratiques professionnelles garantissent le respect des libertés individuelles. La confidentialité des informations est préservée dans les dossiers médicaux stockés dans des armoires fermant à clé au sein des secrétariats médicaux tout autant sécurisés. Les questionnaires de satisfactions sont remis sur l'HGMS, même s'ils ne donnent lieu qu'à un faible taux de retour au service USLD. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance dont l'identité est tracée dans les dossiers. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage avec les horaires de visite affichés et communiqués. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien quand la situation le nécessite. Les interfaces avec les services cliniques sont facilitées par le dossier patient informatisé. Les interfaces avec les secteurs techniques et logistiques sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les établissements ont mis en place des évaluations périodiques du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage, qu'ils suivent régulièrement, tels que la désignation de la personne de confiance ou le questionnement effectif sur les directives anticipées présents au sein des dossiers médicaux. Les résultats aux IQSS sont pris en compte. Des EPP et des audits sont effectués, sur l'établissement JM Charcot concernant les mesures d'isolement, l'utilisation des pyjamas, ainsi que l'évaluation et amélioration de la mise en œuvre des hospitalisations sans consentement. Des agents et les cadres y ont participé. Sur l'HGMS, un groupe technique pluridisciplinaire animé par le président de la CME se réunit afin d'échanger sur les notions de bientraitance et de contention. Ce groupe travaille avec le comité d'éthique de l'établissement pour appuyer ses réflexions. Les événements indésirables et les plaintes ou réclamations sont également suivis dans chaque établissement.

A / AGIR

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

Les résultats des différents moyens d'évaluation donnent lieu à des mesures correctives et des actions d'amélioration. Sur le CH Charcot, des actions d'améliorations ont vu jour à la suite des évaluations : sensibilisation des professionnels sur le recours aux pyjamas, rénovation de la chambre d'isolement sur le pavillon turquoise (G11). Sur l'intersectoriel 04, plusieurs fiches d'événements indésirables (FEI) relatives à la composition des repas des enfants pris en charge ont permis la création d'un groupe de travail sur cette question dont les premières rencontres ont amélioré significativement les résultats dans ce domaine. Sur l'HGMS, en court séjour gériatrique, des séparateurs de confidentialité et permettant d'assurer des soins en respectant l'intimité des patients ont été mis en place dans les chambres doubles, en même temps que du matériel améliorant le confort des patients lors des transferts. Ces actions d'améliorations ont été communiquées aux représentants des usagers à la CDU, ainsi qu'en conseil de surveillance.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Sur l'HGMS, la procédure de signalement des cas de maltraitance n'est ni définie ni diffusée.</p> <p>Plusieurs procédures en lien avec la thématique sont diffusées au sein des services ainsi que sur les outils respectifs de chaque établissement en matière de gestion documentaire numérisée (GED). Celles-ci régissent notamment l'utilisation de la contention, des mesures d'isolement. Néanmoins, si l'établissement a formalisé sa procédure de signalement des cas de maltraitance, cette dernière n'existe pas dans le dispositif qualité de l'HGMS, que cela soit sur support papier ou numérique.</p>	10a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Sur le Centre Hospitalier JMC, sur certaines structures d'hospitalisation complète, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients</p> <p>L'établissement JM Charcot s'est engagé financièrement en 2006 dans la reconstruction des bâtiments regroupant l'hospitalisation complète dans une structure mono bloc. L'arrêt des travaux en raison de malfaçons n'ayant pas permis de finaliser l'opération à ce jour, il demeure une structure d'hospitalisation conservant à ce jour quelques chambres à 3 lits. Toujours sur cet aspect des choses, des patients traceur ont permis de constater des oculi non occultés au moins en partie sur certaines portes de chambres, ne permettant d'assurer à minima le respect de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés.</p>	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

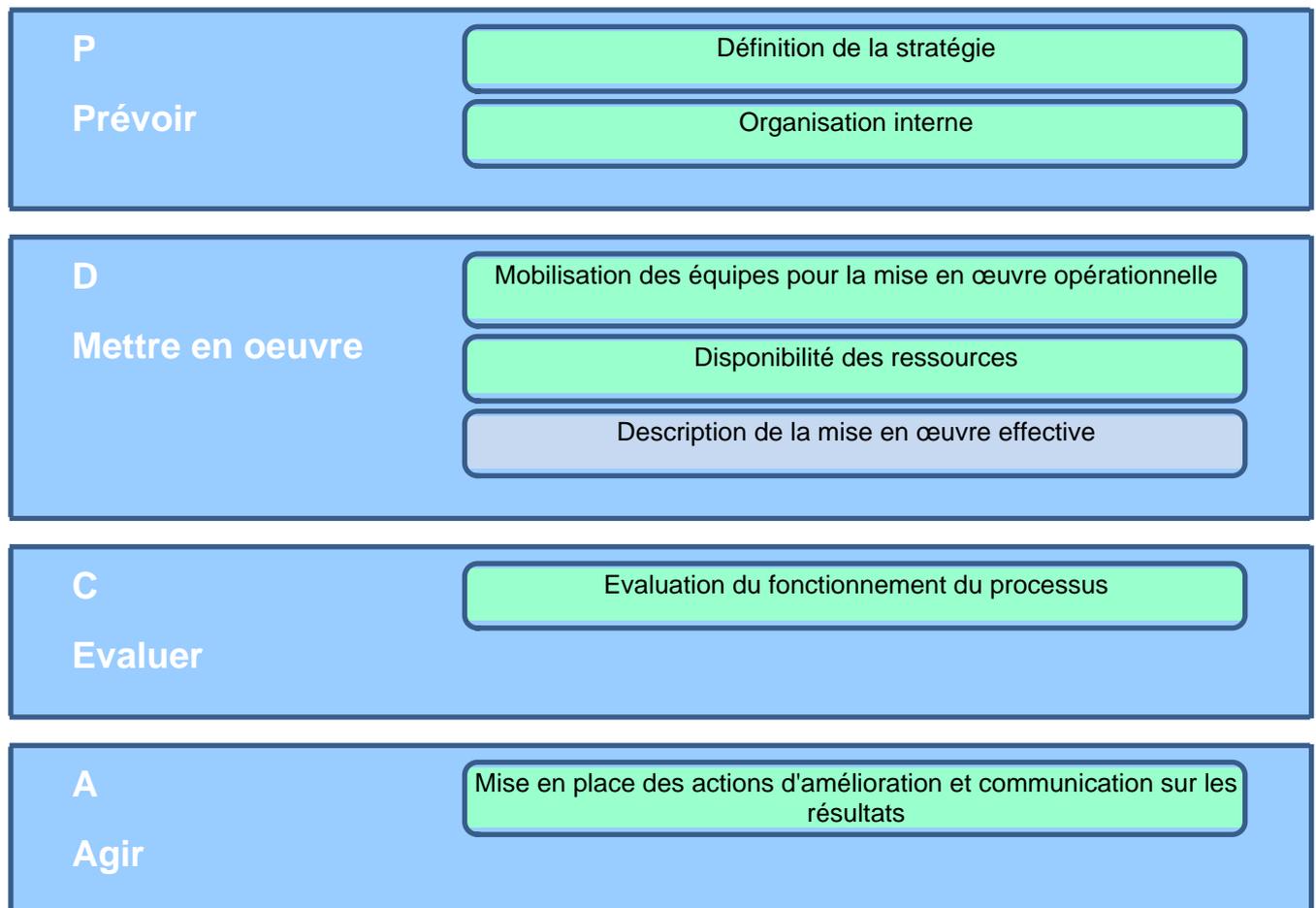
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital gériatrique et médicosocial (HGMS) et l'établissement public psychiatrique Jean Martin Charcot ont tous deux une histoire commune de volonté d'amélioration de la qualité et de l'efficacité du parcours patient dans leurs domaines respectifs. La fusion des deux établissements intervient dans le contexte particulier de la création du groupement hospitalier de territoire. La stratégie du parcours patient est partagée par l'HGMS et Le CH Charcot et apparaît au sein de la note d'orientation commune axe 4. Ceci se retrouve dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier Territorial 2017/2021 pour la filière gérontologique et la santé mentale. Elle correspond aux besoins définis dans les schémas de planification sanitaire. Les deux établissements ont défini des filières de soins avec une volonté de fluidification du parcours et de fonctionnement en partenariats, notamment pour les populations spécifiques :

- Sur J.M CHARCOT, la prise en charge en psychiatrie adulte s'articule avec les filières pédopsychiatrique, gérontopsychiatrique, autisme, psychiatrie pénitentiaire (service médico-psychologique régional ou SMPR et le Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou CSAPA). Il regroupe des unités d'hospitalisation à temps complet ou partiel, des centres de consultation avec centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, les équipes mobiles de crise (ERIC ou équipe rapide d'intervention de crise) et du sujet âgé (EMSA ou équipe mobile sujet âgé). Un service de médecine générale a été créé sur le site d'hospitalisation de Plaisir afin d'intégrer le volet somatique à la prise en charge en santé mentale.

- Sur l'HGMS, l'offre de soins s'est étendue pour répondre aux besoins spécifiques de la population locale. L'hospitalisation complète est possible en court séjour gériatrique ou psychogériatrique, en Service de Suite et Réadaptation gériatrique, psycho gériatrique ou Médecine Physique et Réadaptation MPR (neurologique ou orthopédique) ou en Unité de soins de longue durée. En hospitalisation partielle, l'hôpital de jour peut être à spécificité gériatrique (réadaptation fonctionnelle pour troubles de l'équilibre ou respiratoire) ou psycho gériatrique à visée neurocognitive ou MPR. Le dispositif du pôle est complété par une équipe mobile gériatrique territoriale (EMG) et une consultation mémoire. Il existe également un plateau technique sur site regroupant un service de radiologie (qui va se renforcer avec implantation d'un scanner et d'une IRM dans les mois à venir) et un centre de consultation (8 spécialités médicales, 1 consultation de chirurgie et 3 vacations hebdomadaires de dentiste).

La politique des établissements est de coordonner pour permettre d'assurer le relais entre les équipes et entre les professionnels des différents services (choix d'un rapprochement géographique des unités pour faciliter les coopérations lors de la reconstruction de l' HGMS ou choix du dossier patient informatisé pour toutes les structures y compris ambulatoires pour faciliter la transmission d'information au CH Charcot). Cette volonté de coordination se retrouve dans les relations avec les partenaires extrahospitaliers avec la participation aux réseaux locaux, l'existence de nombreuses conventions et partenariats visant à favoriser l'accès et la continuité des soins, la réadaptation, la réinsertion. L'HGMS est donc très en lien avec les structures d'hospitalisation locales notamment le CH de Versailles et le CH de Rambouillet mais également avec les professionnels libéraux, les structures et organisations sociales et médicosociales du territoire. Au vu de sa mission, le CH Charcot est également en lien étroit avec l'éducation nationale et le secteur judiciaire. Les deux établissements ont inclus dans leurs objectifs l'amélioration des différentes étapes de prise en charge du parcours patient notamment sur l'évaluation initiale et continue, le projet de soin partagé, la prise en charge nutritionnelle et la gestion de l'urgence vitale. Ces politiques sont diffusées en interne par l'intermédiaire des commissions d'établissement (CME, CSIRMT, CRU notamment). Un groupe de travail parcours patient a été organisé afin de répertorier et criticiser les risques selon le secteur d'activité (santé mentale, MCO ou SSR). Ce groupe était composé de cadres supérieurs et de service, des médecins et des membres de la cellule qualité, et des professionnels concernés par le critère traité (les diététiciennes pour le risque nutritionnel, les généralistes pour l'urgence vitale...). Les principaux risques repérés ont été intégrés au compte qualité. La mise en œuvre des politiques parcours patient de chaque établissement est déclinée en programme d'amélioration géré la cellule qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus parcours patient repose sur plusieurs professionnels des deux établissements : le Directeur, les présidents de CME, un cadre supérieur de santé de chaque établissement et la directrice des soins. Une fiche de mission générale de pilote de processus a été élaborée par les établissements. L'organisation interne prévoit l'adéquation des ressources et notamment, des compétences aux besoins des prises en charge. La permanence de soins 24h/24 est organisée avec définition des règles de présence et organisation d'un système de gardes et astreintes. Les établissements ont recruté des professionnels correspondant à leur projet d'évolution et adapter leur offre de formation continue afin de

spécialiser leurs équipes. Une même politique de professionnalisation est menée sur le CH Charcot et l' HGMS (infirmier, aide-soignant, cadre, éducateur spécialisé, moniteur éducateur...). Sur le plan des ressources documentaires, chaque établissement a sa propre gestion documentaire informatisée. Les professionnels sont informés des chemins d'accès et peuvent y consulter les différents protocoles et procédures concernant le parcours patient. Il existe un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire dans les deux établissements. La sensibilisation a été organisée afin que le repérage médical soit systématique et que la prise en charge soit adaptée (surveillance particulière au CH Charcot et transfert en psychogériatrie sur l'HGMS). Cependant, le dispositif de prise en charge des urgences n'est pas totalement adapté. En effet, les procédures de prise en charge des urgences vitales ne sont pas entièrement définies à l' HGMS: en cas d'urgence vitale, les professionnels appliquent le dispositif GRAV (Gestion rapide des appels de détresse vitale) et composent un numéro unique : le 1234. Ce dispositif a été exposé et décidé lors des sous-commissions de CME en charge de l'organisation de la permanence des soins, la prise en charge des urgences et des admissions non programmées du 26/06/2013 et du 15/06/2017. Cependant cette modalité n'a pas fait l'objet d'un document validé et intégré dans la gestion documentaire. Par ailleurs, le matériel d'urgence vitale opérationnel n'est pas prévu dans tous les secteurs d'activité. Les unités d'hospitalisation complète ou de jour du CH Charcot sont équipées de chariots ou sacs d'urgence. Cependant l'Hôpital de Jour Adulte situé à Rambouillet n'est pas équipé de matériel d'urgence vitale. Ceci fait suite à une décision prise après une réflexion institutionnelle et en raison de la proximité de la structure par rapport au SMUR du Centre Hospitalier de Rambouillet (1km). Néanmoins, l'indisponibilité momentanée du véhicule SMUR reste possible et il n'existe aucune garantie sur le délai d'intervention auprès du patient. Il n'existe aucun matériel ni médicament permettant de débiter une réanimation en attendant les secours. Les deux établissements ont mis en place un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge ou l'orientation de personnes se présentant pour une urgence. En psychiatrie, le dispositif d'accueil des personnes se présentant pour une urgence ne se fait pas directement sur le site de Plaisir mais par le biais des lits fléchés en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) des CH de Versailles et de Rambouillet. Les urgences sont donc accueillies 24h/24 par une équipe psychiatrique dépendant de Versailles sur l'Hôpital Mignot et par une équipe de jour dépendant du CH Charcot sur Rambouillet. En horaires de nuit, c'est le dispositif ERIC qui prend le relais sur le SAU Rambouillet, le SMPR et sur le territoire. Pour le secteur gériatrique, l'HGMS ne reçoit pas d'urgence et un panneau d'information le signale à l'entrée de l'établissement. Les patients transitent donc par les services d'accueil et d'urgence des Centres Hospitaliers de référence, qui eux même redirigent rapidement sur le site de Plaisir pour la poursuite de prise en charge, et ceci 24h/24. Sur le CH Charcot, la question de l'éducation thérapeutique est intégrée dans la politique depuis 2010 et deux programmes labellisés sont actifs (connaissance de la maladie Schizophrénie et observance Starter) et un troisième concernant l'autonomie est en phase d'utilisation et en attente de labellisation. Une équipe spécifique a été créée afin d'en assurer le développement. L'HGMS s'est également engagé dans cette démarche avec la labellisation en 2016 d'un programme d'aide aux aidants porté par l'hôpital de jour. Sur le plan des ressources matérielles, la réflexion est effective sur les différents secteurs. Les locaux neufs de l'HGMS ont été conçus pour être adaptés aux différentes prises en charge gériatriques du site.

Le CH Charcot est vieillissant et en attente de reconstruction, la reconstruction totale de l'hébergement débutée en 2006 ayant à nouveau été interrompue pour malfaçons. Le diagnostic d'accessibilité a été effectué et un plan de travaux existe afin d'en améliorer l'accessibilité (par exemple, l'organisation des services a permis un accès aux handicaps moteur en rez-de-chaussée pour le service Vert et côté hôpital de jour pour Montaigne). Le parc automobile est hétérogène entre les deux établissements mais la gestion et la maintenance sont organisées; avec en parallèle développement du parc de véhicules électriques. Sur le HGMS, le matériel hôtelier, de manutention et de rééducation a été adapté afin de permettre une meilleure qualité des soins. Le parc informatique a été prévu afin de permettre à terme une informatisation totale des dossiers patients et il a été installé sur tous les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les données qualité sont transmises aux cadres supérieurs et cadre de service lors des réunions de travail qualité et/ou lors des réunions de direction des soins afin que le cadre de santé soit le maillon professionnel de transmission de l'information. L'équipe qualité s'est également rendue dans les services afin de diffuser l'information nécessaire. Le cadre de service impulse la démarche d'amélioration de la qualité des soins au sein de son secteur en accompagnant et stimulant les équipes dans la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les cadres rencontrés décrivent s'assurer de la conformité des pratiques (respect des procédures, protocoles, consignes, vérification de la traçabilité...). Les équipes participent à des programmes d'EPP et à des audits/évaluations internes par le biais des auditeurs internes sur le CH Charcot (une équipe d'auditeurs internes a été formée sur le CH Charcot il y a plusieurs années, et les divers mouvements de professionnels ont amené à une diminution d'activité. La fusion entre les deux établissements est attendue pour reformer une équipe commune). Les professionnels participent également à la déclaration des Événements Indésirables et à l'analyse des causes profondes si besoin. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats : ceci s'effectue lors de temps de réunion de service et les résultats des différentes évaluations notamment les indicateurs sont consultables sur la

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs pour répondre aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge. Sur le plan médical, à l'HGMS, il existe une diversité des compétences : psycho-gériatres, psychiatres, rééducateurs, spécialistes correspondant aux besoins de la pratique gériatrique (consultations de cardiologue, neurologue, rhumatologue, angiologue, dermatologue, ophtalmologue, ORL, urologue et dentiste) ainsi que des formations permettant la pratique secondaire de prises en charge spécifiques. Sur le plan paramédical, les recrutements de diététiciennes, d'APA (activité physique adaptée), de neuropsychologue par exemple et les formations réalisées permettent un élargissement de la palette des métiers disponibles (assistantes de soins en gérontologie, art thérapie, thérapies brèves, esthétique...). Le CH Charcot est sur le même mode de penser la formation continue en offrant une large palette de possibles : thérapies cognitivocomportementales, Thérapies familiales, EMDR, relaxation, art thérapie, shitsu par exemple. Ceci s'ajoute aux formations nécessaires pour le Parcours patient: sur la gestion de l'urgence vitale et les premiers secours, l'évaluation du risque suicidaire, la douleur. Ceci est une volonté des deux établissements puisqu'on retrouve des formations sur ces thèmes dans les bilans de formation des dernières années de l'HGMS et du CH Charcot. Sur le CH Charcot, des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents : dépannage entre services d'hospitalisation complète quand l'équipe de suppléance est déjà absorbée par des remplacements nécessaires. La collaboration étroite avec le CH de Versailles et la présence d'un pôle de spécialités sur l' HGMS permet d'accéder facilement à des avis spécialisés. L'organisation de la permanence des soins permet d'assurer la continuité et le système de garde et astreintes assure la permanence des soins 24 h/24 avec présence d'une équipe de suppléance IDE et aides-soignants sur Charcot et HPMS. La présence du psychiatre de permanence est effective de 9 h à 18h30 sur les unités d'hospitalisation à temps complet et sur les heures d'ouverture des hôpitaux de jour soit 9h-17h. A noter sur le CMP adulte Rambouillet, 3 ouvertures tardives /semaine jusqu'à 19h30. Les nouveaux arrivants sont étayés par leurs pairs sur les deux établissements. Le démarche de tutorat est instaurée sur ATED (unité autisme et troubles envahissants du développement) et le pôle I05. La consolidation des savoirs est proposée aux nouveaux professionnels du CH Charcot après quelques mois d'exercice. Concernant les ressources documentaires : les documents concernant le parcours patient sont accessibles sur la base informatique dans les deux établissements. On peut retrouver sur le CH Charcot 26 documents concernant la prise en charge patient : on peut citer les protocoles sur l'admission, l'accompagnement en consultation externe, la mutation en interne ou le transfert, les modes des hospitalisations sous contrainte, la contention, la prise en charge en soins intensifs, l'hospitalisation d'un patient détenu. Il existe également 9 protocoles somatiques : l'évaluation somatique en hospitalisation complète et dans le service d'hospitalisation des troubles envahissants du développement, la procédure d'appel en cas d'urgence vitale, la prise en charge médicamenteuse de la douleur, conduite à tenir en cas de constipation, utilisation du MEOPA et de pommade anesthésique, transfert d'un patient vers les urgences ou un service MCO. Sur l'HGMS, on retrouve des documents concernant différentes étapes du parcours patient : le protocole parcours de soin, l'organisation d'un transfert en interne, les points urgences ainsi que les protocole de gestion et de suivi du matériel d'urgence, les consultations spécialités, la prise en charge nutritionnelle et de nombreux livrets diététiques, la contention, la douleur, les chutes, l'annonce d'un dommage lié aux soins, la prévention de la déshydratation, les fausses routes, l'hygiène buccale. Des documents à l'intention de l'utilisateur sont également disponibles : il existe en plus du livret d'accueil présent dans les deux établissements, des documents d'information sur les pathologies, les traitements, les conditions d'hospitalisation, les droits du patient... Ceux-ci sont délivrés par les professionnels ou affichés ou mis en libre-service. Sur le CH Charcot, il s'y ajoute toute la documentation en lien avec les programmes labellisés d'éducation thérapeutique. Le matériel hôtelier et de manutention est disponible dans les unités des différents sites. Sur HGMS, le matériel hôtelier et notamment les lits ont été adaptés à l'USLD à la patientèle accueillie (existence d'un lit bariatrique, d'un grand longueur, de lits professionnels 5000). L'équipement en appareil de manutention est généralisé. Il existe du matériel de rééducation spécifique, par exemple le plateau d'équilibre de l'Hôpital de jour Gériatrique. Le matériel informatique est relaté comme suffisant dans toutes les unités visitées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des parcours complets existent sur les secteurs adultes et enfant en psychiatrie et selon le niveau de besoin de soins en gériatrie à l' HGMS. Sur le CH JM Charcot, chaque secteur de pédopsychiatrie s'appuie sur des CMP, CATTP et Hôpital de jour sans qu'il n'y ait de lit d'hospitalisation infanto-juvénile sur le site. Ceci est complété par une équipe mobile en périnatalogie et une unité parent/bébé.

La psychiatrie adulte se répartit en filières : urgence avec les lits UHCD ciblés sur le SAU de Rambouillet et l'ERIC ; le sujet âgé sans lit dédié d'hospitalisation (coopération avec la clinique La Verrière ou HGMS) mais avec présence d'une EMSA active; l'autisme avec ATED unité d'hospitalisation et UMI, équipe mobile à destinée des autistes et de leurs proches ; le pénitentiaire avec le SMPR, le CSAPA et l'antenne de psychiatrie et psychologie légales à destinations des auteurs et/ou victimes de violences sexuelles. Sur HGMS, le soin s'étend de l'aigu au long terme, et du bilan à la rééducation. Les entrées en médecine se font essentiellement via les urgences des CH de Versailles et de Rambouillet ou des structures de l'établissement, avec SRR ou pas secondairement et possibilité d'un accès direct en SSR MPR après un AVC

ou un traumatisme. L'Hôpital de jour gériatrique peut être sollicité par les urgences, par les libéraux ou par l'hôpital de jour psycho gériatrique en cas de besoin de bilan de chute notamment. La consultation mémoire est suivie ou pas d'accueil de jour ou d'hôpital de jour selon le besoin voire d'hospitalisation en cas de période aiguë. L'EMG extra hospitalière peut également adresser en Court séjour ou hôpital de jour. Les dossiers consultés ont permis d'objectiver une fluidité de fonctionnement avec l'amont et l'aval, au sein de l'établissement et au sein du réseau de soin local. L'accueil est réalisé selon des modalités définies : les patients reçoivent leur livret d'accueil à l'entrée ou de façon différée selon leur état de santé, la question de personne de confiance est systématiquement posée (et tracée), l'accueil est adapté aux difficultés ou déficit du patient (en cas de patient à langue étrangère, il existe une liste de traducteurs intra hospitaliers sinon il y a recours à un prestataire extérieur). Il existe un agent d'accueil à l'étage en Médecine gériatrique et en SSR gériatrique/MPR, qui permet un accueil rapide et adapté des patients et des familles. Les patients traceurs rencontrés relatent une attitude de bienveillance et d'écoute de la part des professionnels. Sur les 2 établissements, les dossiers consultés ont en effet permis de retrouver une évaluation initiale de l'état de santé et des besoins réalisée dans les délais compatibles avec les exigences de prise en charge. L'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet de soins personnalisés sont des pratiques habituelles dans les deux établissements.

L'évaluation initiale est réalisée par le médecin et l'infirmier dans les délais attendus :

- Sur le CH Charcot, l'évaluation initiale est faite par le médecin ou le médecin d'astreinte, à l'entrée du patient et le relais sera pris par le médecin référent. C'est le psychiatre qui est responsable de l'examen somatique et il juge de la nécessité d'une consultation par le généraliste.

- Sur HGMS, l'évaluation médicale initiale est faite par un médecin du service ou le médecin de garde notamment la nuit et le week-end (un grand nombre d'entrées se fait le week-end ou la nuit en médecine gériatrique).

Cette évaluation est guidée par la trame papier du dossier pour HGMS et par les onglets du DPI pour le CH Charcot : on y retrouve le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels (mesure du poids et de la taille à l'entrée avec suivi régulier du poids à fréquence variable), la recherche d'allergies, la recherche du traitement personnel du patient, le recueil de ses besoins et la conclusion. On retrouve une traçabilité importante des différents intervenants dans la prise en charge et évolution de la prise en charge en fonction des besoins dans les deux types de dossiers consultés : dossier papier pour l'HGMS et Dossier Patient Informatisé (DPI) pour le CH Charcot. L'équipe du SAU de Rambouillet fonctionne avec les dossiers informatisés : elle a le DPI pour le CH Charcot et le dossier Résurgence pour Le CH Rambouillet sur deux postes différents. Les observations psychiatriques sont intégrées au dossier résurgence et imprimées pour transmission pour le CH Charcot, un relais extérieur ou pour transmission aux lits d'UHCD Rambouillet (puisque seuls le dossier patient des urgences est informatisé sur le CH Rambouillet). L'évaluation continue est tracée par les observations médicales, les transmissions ciblées des infirmières, les observations des paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue, assistant social...) et les paramètres de suivi des aides-soignants apparaissent dans le diagramme de soins (DPI à HGMS et sur le CH Charcot). Tous les dossiers consultés ont montré une traçabilité régulière des interventions des différents professionnels. A noter en psychogériatrie, l'utilisation de grille d'évaluation du comportement à H48 et avant la sortie. L'évaluation du risque suicidaire est effectuée par le médecin et la surveillance particulière est une prescription médicale. L'échelle RUDE (échelle risque urgence dangerosité) est utilisée sur le CH Charcot. Sur l'HGMS, quand un risque suicidaire est repéré, il y a très souvent un transfert en psychogériatrie. L'évaluation nutritionnelle est toujours retrouvée dans les dossiers consultés avec pesée initiale et de suivi, mesure d'IMC et prescription de régime si nécessaire.

En cas de douleur, on retrouve une traçabilité de l'évaluation dans les dossiers consultés (évaluation qualitative en USLD, évaluation systématique d'entrée au service Vert, la surveillance de la douleur par Algoplus systématique pendant les 3 premiers jours en psychogériatrie...).

Le projet de soin personnalisé (PSP) est discuté et réévalué lors des réunions pluri professionnelles. Ces réunions peuvent se réaliser à fréquence variable selon les services (le plus souvent hebdomadaire, que ce soit en gériatrie ou en psychiatrie, notamment en SSR MPR, en psycho-gériatrique, à Turquoise ou lors des temps de révision des PSP en USLD). La concertation se fait entre les différents intervenants professionnels (médecins, IDE, Aide-soignant, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, selon le cas et si besoin diététicien pour l'HGMS ou équipe extrahospitalière pour le CH Charcot), il est retrouvé tracé dans les différents dossiers consultés et intègre la réflexion bénéfique risque. Ces temps permettent d'articuler les activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge. Ce projet de soin est tracé dans le dossier, soit en observation de synthèse, soit par onglet particulier sur le DPI ou sur trame spécifique (PIII en MPR par exemple). L'adhésion du sujet à son projet de soin est recherchée ou celle de la famille quand le sujet ne peut pas s'exprimer, ce qui a été constaté lors séquences d'investigation patients traceurs. En cas de restriction de liberté : sur le CH Charcot, la restriction de liberté se fait sur la feuille de consignes informatisée, à durée limitée et réévaluée quotidiennement par le médecin ; sur l' HGMS, la prescription de contention se fait sur un support

spécifique avec une face prescription/une face surveillance, à réévaluation quotidienne ou mensuelle quand il s'agit d'une contention de protection pour éviter les chutes par glissement (notamment en USLD). Lors de la réalisation du projet de soin, la proposition d'action d'éducation thérapeutique est faite si le sujet peut en bénéficier. Sur le CH Charcot en services adultes, les programmes ETP labellisés sont utilisés en intra comme en extrahospitalier avec utilisation du volet 3 "autonomie" en attente de labellisation. Sur l'HGMS, en Hôpital de jour psychogériatrique, un programme d'aide aux aidants est proposé mais il existe également des actions d'éducatives ciblées dans les services, on peut citer en MPR, l'apprentissage de l'auto injection ou de la gestion de la douleur.

Les examens de laboratoire sont effectués par le laboratoire de Poissy, la prescription est renseignée et les résultats arrivent directement sur les ordinateurs des salles de soins avec réception du document papier le lendemain, dans les deux établissements. Sur le CH Charcot, les prélèvements à but de sérologies virales type HIV ou hépatite sont soumis à accord écrit du patient. Les demandes d'examens d'imagerie se font sur formulaire papier à remplir et à dater avec identification du prescripteur et les résultats sont intégrés au dossier papier à l'HGMS, au dossier papier résiduel au CH Charcot (par exemple Turquoise) ou scannés pour intégration au DPI (sur les CMP et HDJ du secteur I05 par exemple).

Au CH Charcot, la sortie ou transfert du patient est organisée le plus tôt possible après l'admission afin d'organiser les relais avec l'aval, notamment les CMP. En gériatrie, les sorties sont également mises en œuvre rapidement mais le plus souvent avec un passage en SSR pour ré autonomisation. On peut noter des visites à domicile avec l'ergothérapeute et l'assistant social afin de préparer un retour à domicile adéquat en MPR, ceci afin d'organiser une sortie permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Le patient sort avec son ordonnance, ses examens et ses rendez-vous. Il peut sortir avec son compte rendu d'hospitalisation (en court séjour psychogériatrie par exemple) ou peut le recevoir après la sortie. En gériatrie, si la sortie s'effectue à domicile avec prise de relai par des IDE libérales, une fiche de liaison leur est adressée (comme lors de chaque transfert hospitalier). Un questionnaire de sortie est remis au patient à l'HGMS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe sur les 2 établissements un dispositif d'évaluation et de suivi. Les indicateurs suivis concernant le parcours patient sont ceux des IPAQSS (pour le CH Charcot et l'HGMS : Délai envoi de courrier et évaluation des troubles nutritionnels et pour l'HGMS seul : traçabilité de l'escarre, documents de sortie et 9 indicateurs pour la filière AVC). Par ailleurs, le CH Charcot organise régulièrement des audits, 5 concernent le parcours patient entre 2015 et 2017 : troubles du sommeil, port du pyjama, réévaluation des consignes médicales, risque suicidaire chez la personne hospitalisée, prise en charge de la douleur. La distribution des questionnaires de satisfaction est habituelle à l'HGMS et sur le CH Charcot, l'EMSA (équipe mobile sujet âgé) envoie un questionnaire au médecin traitant après chaque prise en charge. Les fiches d'événements indésirables sont analysées de façon systématique, avec CREX secondaire si nécessaire. La démarche patient traceur a été instaurée sur les 2 établissements : Le CH Charcot en a analysé 2 en 2016 et l'HGMS 3 en 2015.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont menées dans les deux établissements, et elles sont connues et appliquées par les professionnels. Ces actions d'amélioration peuvent faire suite à un travail mené en groupe EPP (par exemple, la création d'une plaquette d'aide à la prescription initiale et au suivi des AVK pour les professionnels à l'HGMS ou la sensibilisation faite sur le CH Charcot sur le risque suicidaire, avec la systématisation de l'évaluation du risque, la Journée annuelle de prévention du suicide, le travail de postvention). Elles peuvent également faire suite à l'analyse des indicateurs, avec par exemple une réflexion sur l'évaluation du risque escarre et la mise en place de l'Echelle Norton ou l'intégration récente de la grille Algoplus dans le Dossier Patient Informatisé sur l'HGMS au vu des résultats des IPAQSS. Des réflexions de service peuvent donner lieu à la création de documents qui sont diffusés après période test en service : par exemple, la création d'une check liste d'entrée en psychogériatrie ou d'une affiche « Bienvenue à l'hôpital » en court séjour gériatrique. Ces actions d'amélioration peuvent répondre aux attendus HAS, on peut citer également la mise en place et l'utilisation systématique d'une trame de projet de soin personnalisé en USLD sur l'HGMS afin de rendre optimal le suivi de l'évolution du projet de soin sur les critères nécessaires. On retrouve dans les deux établissements la réalisation d'action d'amélioration sur les différents critères du parcours patient.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>Le dispositif de prise en charge des urgences n'est pas totalement adapté.</p> <p>Les procédures de prise en charge des urgences vitales ne sont pas entièrement définies à l' HGMS. En cas d'urgence vitale, les professionnels appliquent le dispositif GRAV (Gestion rapide des appels de détresse vitale) et composent un numéro unique : le 1234. Ce dispositif a été exposé et décidé lors des sous-commissions de CME en charge de l'organisation de la permanence des soins, la prise en charge des urgences et des admissions non programmées du 26/06/2013 et du 15/06/2017. Cependant cette modalité n'a pas fait l'objet d'un document validé et intégré dans la gestion documentaire. Par ailleurs, le matériel d'urgence vitale opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs d'activité.</p> <p>Les unités d'hospitalisation complète ou de jour du CH Charcot sont équipées de chariots ou sacs d'urgence. Seul l'Hôpital de Jour Adulte situé à Rambouillet n'est pas équipé de matériel d'urgence vitale. Ceci fait suite à une décision prise après une réflexion institutionnelle et en raison de la proximité de la structure par rapport au SMUR du Centre Hospitalier de Rambouillet (1km). Cependant, l'indisponibilité momentanée du véhicule SMUR reste possible et il n'existe aucune garantie sur le délai d'intervention auprès du patient. Il n'existe aucun matériel ni médicament permettant de débiter une réanimation en attendant les secours.</p>	18b

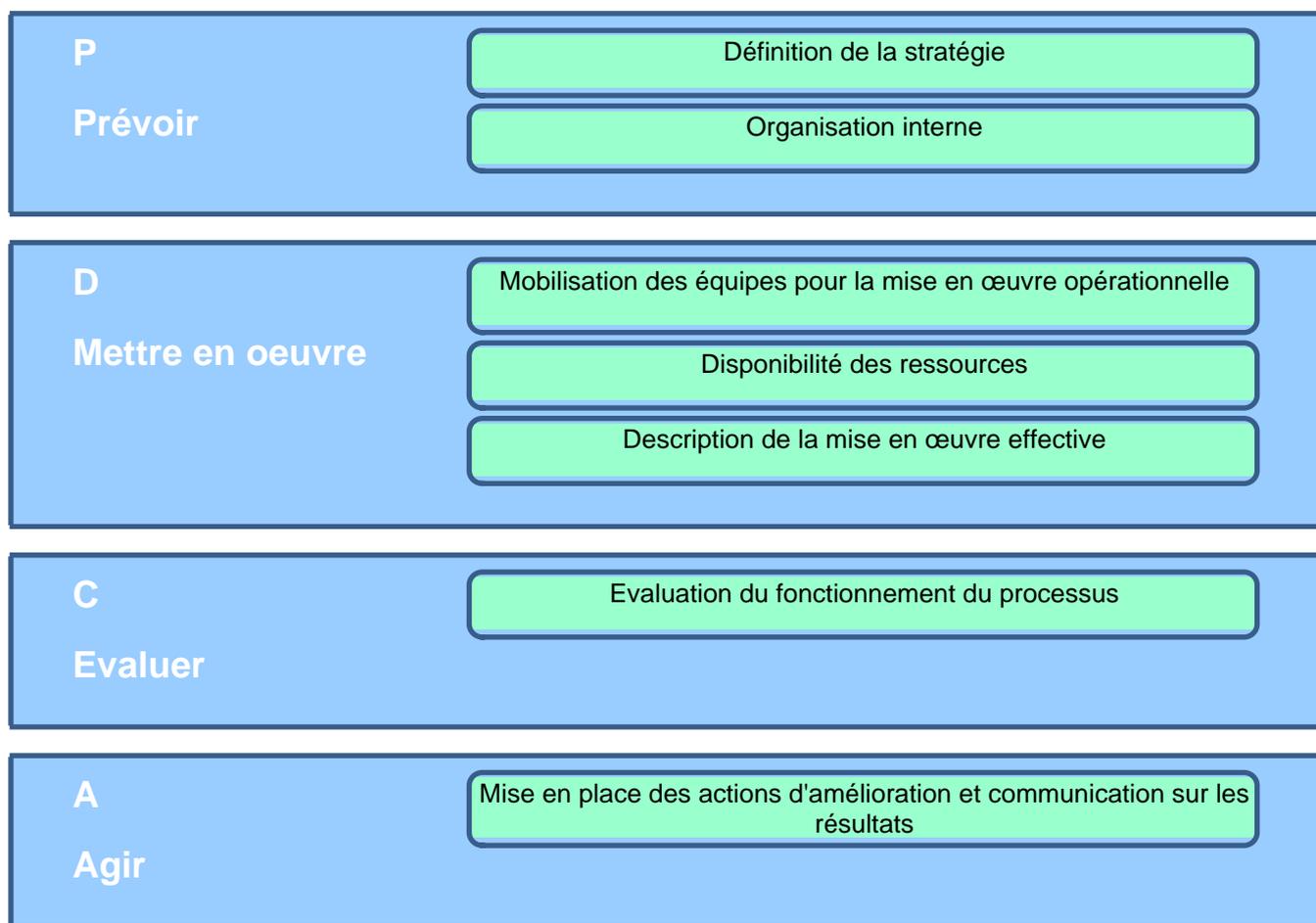
DOSSIER PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de gestion du dossier patient propre à chaque établissement. Ces politiques comportent des objectifs d'améliorations au vu des risques identifiés au sortir de la dernière procédure de certification, tels que renforcer les règles de gestion du dossier patient, s'assurer de la bonne application des règles d'archivage des dossiers médicaux et améliorer le délai des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH). Ces derniers font l'objet d'un suivi par des pilotes de processus identifiés au sein des deux structures. Une recherche des risques inhérents à ce processus a été réalisée par les groupes de pilotes opérationnels de chaque site et validés par les pilotes institutionnels. Ces risques font l'objet d'un document commun aux 2 établissements avec notamment le risque de non-respect des règles de confidentialité, de gestion du dossier patient, le risque de vol, perte et destruction du dossier. Ces risques, une fois identifiés, ont hiérarchisés et intégrés au compte qualité. Un plan d'actions a été défini.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement sur les deux sites. Au vu des besoins, un groupe de travail pluridisciplinaire sur la gestion du DP a été mis en place pour chaque établissement et se réunit régulièrement tout au long du processus de déploiement. Chaque groupe a été sensibilisé à la méthodologie de la certification dans son modèle V 2014 et forme le pilotage organisationnel de ce processus. Les établissements disposent chacun d'un dossier informatisé avec un niveau de déploiement différent en fonction de leur état d'avancement. Sur l'hôpital gérontologique et médico-social (HGMS) de Plaisir-Grignon, le dossier patient a préalablement fait l'objet d'une unification de son format papier dans l'optique de son déploiement numérique. Le dossier médical est toujours sous un format papier et le dossier soins réparti entre un support papier tendant à s'amoinrir au fur et à mesure de son déploiement sur le logiciel retenu par l'établissement. Un échéancier de déploiement est prévu, intégrant l'ensemble des services sanitaires. Ce processus de déploiement a débuté sur l'HGMS par la prescription médicamenteuse et est actuellement en attente du transfert du classeur papier audit logiciel pour ce qui relève des transmissions ciblées, des informations relevant de la macro cible, du diagramme soins et de l'évaluation de la douleur. Le processus de déploiement du dossier patient informatisé (DPI) est plus avancé sur le centre hospitalier Jean Martin Charcot, voire en stade de finalisation, ne restant plus qu'à numériser des attestations et courriers administratifs dans quelques secteurs. Les établissements sont tous les deux inscrits dans la démarche hôpital numérique. Les ressources humaines nécessaires (effectifs, compétences des professionnels) sont prévues pour la mise en place du DPI, avec sur les deux sites la désignation de responsables du système d'information (RSI), de référents métiers (CS) permettant de déployer la pédagogie et la méthodologie nécessaires au déploiement de l'ensemble. Chaque établissement prévoit en interne la formation de l'ensemble des nouveaux professionnels concernés par le déploiement du DPI. Cette formation a été réalisée par les référents du DP, émanant des groupes de travail sur le sujet de chaque établissement. Dans le même ordre d'idée, les règles pour assurer l'habilitation des professionnels pour l'accès au DPI sont définies par profil d'utilisateurs. Par ailleurs, une formation de sensibilisation à la sécurisation des accès informatiques a été mutuellement prévue et adaptée aux différents corps de métiers exerçant au sein des deux établissements. Les deux établissements ont défini les moyens matériels et les organisations permettant à l'ensemble des professionnels intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient ; le DPI sur Charcot ; un dossier papier unifié et disponible pour l'ensemble des professionnels intervenants dans la prise en charge sur l'HGMS ; matériels et équipements ; plan de maintenance ; accès sécurisé ; postes informatiques avec antivirus ; pare-feu et onduleurs ; procédure dégradée au moyen de postes dédiés ; plan de reprise d'activité (PRA). La politique, les procédures et guides spécifiques régissant l'usage et l'accès du DP ont été rédigés et sont disponibles sur la gestion documentaire (GED) en ligne sur JM Charcot et certains au sein même du DPI sur l'HGMS. Ces mêmes supports sont remis en format papier dans les services lors des formations. La formalisation et la diffusion de ces différents supports disponibles sur les deux établissements répondent aux attendus en la matière. Au niveau des interfaces, le DPI est articulé avec les autres logiciels métiers propres à certaines disciplines (imagerie, laboratoire, etc...). Une procédure définit sur les deux établissements les règles et modalités d'accès du patient à son dossier (ou de ses ayants droits) soit en version papier soit en version informatique. Sur chaque établissement une organisation est donc définie pour assurer le recueil, le traitement et le suivi des demandes d'accès du patient à son dossier, dépendant de la direction des usagers sur l'HGMS et du bureau des admissions sur le CH JM Charcot. Elles respectent la réglementation en vigueur. Les 2 établissements ont identifié et organisé l'archivage et les moyens techniques permettant d'assurer la conservation sécurisée, l'accessibilité et la préservation de la confidentialité des informations.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au sein des services investigués sur les deux établissements, services de soins de suites et de réadaptation (SSR) et médecine court séjour sur l'HGMS ainsi que sur le service prenant en charge les adultes atteints des troubles envahissants du développement (ATED) sur JM Charcot, l'encadrement procède occasionnellement à des contrôles de pratiques sur la tenue du dossier patient et à des actions de sensibilisation en ce sens. Au sein du service pilote du déploiement du DPI sur l'HGMS, l'encadrement médical et paramédical a réalisé une grille d'évaluation de la « check-list » des éléments attendus réglementairement au sein du dossier, qu'elle évalue régulièrement. Cette grille permettant le suivi de la qualité de tenue du dossier devient dès lors un outil d'incitation à l'amélioration de la qualité. Les habilitations des professionnels gérées par les référents métiers issus du groupe de travail en charge du déploiement du DPI, permettant leur accès au dossier du patient en lecture et en écriture en fonction de leur profil sont effectives. Les nouveaux arrivants bénéficient de leur code d'accès dans des délais très réactifs et sont formés par les mêmes référents métier. Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont réalisées par l'intermédiaire du suivi régulier et diffusé des enquêtes IPAQSS dans les services de médecine et de SSR au sein de l'HGMS. Ces indicateurs sont communiqués à l'encadrement qui sensibilise les équipes en ce sens. Les fiches d'évènements indésirables en lien avec l'utilisation et l'accès au dossier patient sont traitées et suivies par la direction qualité commune aux deux établissements.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les procédures en lien avec l'utilisation, le recours et l'accès au dossier sont effectives. Elles sont adaptées et intégrées au sein de la gestion documentaire sur JM Charcot, au sein des services sur l'HGMS pour celles en attente d'être validées en vue d'être intégrées au sein d'un espace spécifique sur le DPI. Elles sont issues des documents de référence. Ces documents concernent : les règles de tenue du dossier par les professionnels ; les règles d'accès au dossier par les professionnels ; les règles d'archivage du dossier. Les documents d'information et outils d'aide pour les professionnels tels que le guide d'utilisation du dossier ainsi que le livret d'aide à la saisie informatique sont disponibles au sein des services. Les informations des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont effectivement intégrées dans le livret d'accueil du patient. Les moyens matériels, à savoir les postes informatiques, sont en nombre suffisant et les modalités d'accès au dossier patient permettant à l'ensemble des professionnels intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient sont effectives. Le plan de maintenance est suivi. Les personnels rencontrés sur le terrain sont effectivement formés dans des délais très réactifs à leur embauche leur permettant d'utiliser au plus vite les ressources mises à leur disposition. Ils connaissent l'existence des procédures et documents écrits ainsi que leur emplacement dans les postes de soins et sur la GED. Les locaux d'archivage sont conformes et entretenus, ils permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Les équipements et matériels sont disponibles et adaptés. L'établissement a déployé un système de sécurité (serveur sécurisé, pare-feu et antivirus, postes isolés).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management opérationnel s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...). Une check list permettant de tracer l'ensemble des informations réglementairement attendue est incluse au dossier au sein du service pilote à l'HGMS (SSR en Psychogériatrie) et effectivement utilisée par les professionnels qui y ont accès. Les règles d'accès au dossier sont connues et une information sur ce sujet est mise à disposition des patients et des usagers dans le livret d'accueil et par affichage. Les différents locaux d'archivage sont tous sécurisés avec un accès défini et restreint aux secrétaires médicales, cadres supérieurs de santé (CSS), cadres de santé (CS), médecin en charge du département de l'information médicale (DIM), et Directeurs de garde. Différents supports numériques et papier (fiche emprunteur sur le CH Charcot et fiche T pour l'HGMS) sont déployés pour identifier l'emplacement du dossier, ceci afin de faciliter la prise en charge du patient tout comme les délais de transmissions des informations le concernant. Un contrôle du bon remplissage de ces outils est effectué régulièrement. Ces locaux sont sécurisés contre le risque incendie. L'accès au dossier informatisé est organisé pour professionnels de santé intervenant dans la prise en charge. Un dispositif de profil permet de limiter les droits de lecture et d'écriture au regard de la fonction concernée. Les professionnels s'inscrivant dans la prise en charge du patient (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, assistante sociale, etc...) continuent d'intervenir sur le dossier papier sur l'HGMS, cette solution restant transitoire dans l'attente de la numérisation totale du dossier prévoyant un onglet dédié à chaque fonction. L'ensemble du personnel intervient directement sur le DPI à Charcot en fonction de ses droits. Les informations émanant du dossier comprennent notamment l'identité du patient ; date et heure d'entrée ; enjeu de prise en charge du patient ; document médical à l'origine de la prise en charge ; motifs d'hospitalisation ou de consultation ; antécédents et facteurs de risque ; observation médicale d'entrée ; conclusions de l'

évaluation clinique initiale ; prescriptions effectuées à l'entrée et au cours du séjour ; recueil actualisé des éléments de la prise en charge infirmière ; date/lieu et nature des soins et examens complémentaires réalisés ; informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation ; traces de la réflexion bénéfique/risque, le cas échéant. L'identité de la personne de confiance est tracée, tout comme les directives anticipées. Les informations nécessaires sont formalisées à la fin du séjour et comprennent notamment : date et heure de sortie ; double de la lettre de sortie ; double de l'ordonnance de sortie ; fiches de liaison ; compte rendu d'hospitalisation.

Le patient est informé de son droit d'accès à son dossier dans le livret d'accueil et les demandes de dossiers sont traitées, selon les règles définies sur les deux établissements. La commission des usagers (CDU) est informée des demandes d'accès au dossier et des délais de communication.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Sur cette thématique, les indicateurs sur la tenue du dossier patient pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) sont suivis par les groupes de travail. D'autre part, des requêtes informatiques sont effectuées sur JM Charcot grâce à un outil spécifique intégré au DPI, permettant de faire remonter aux équipes concernées la qualité de tenue du DPI, notamment le niveau de complétude du dossier, tandis que l'encadrement de l'HGMS procède régulièrement à des contrôles de la tenue des dossiers papiers. Les résultats de ces différentes évaluations sont transmis par l'encadrement aux équipes des deux établissements. Les délais de transmission des dossiers aux patients en ayant effectué la demande sont régulièrement évalués et diffusés à la CDU à l'aide d'indicateurs de suivi.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des audits effectués avec par exemple la sensibilisation des professionnels aux règles d'archivage sur JM Charcot et le développement des indicateurs complémentaires aux IQSS sur l'HGMS. Le déploiement du dossier informatisé est un axe majeur d'amélioration pour les 2 établissements. Les résultats des indicateurs IPAQSS et Hôpital numérique (HN) « dossier patient » sont diffusés aux professionnels concernés. L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier et délais de transmission des dossiers aux patients.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

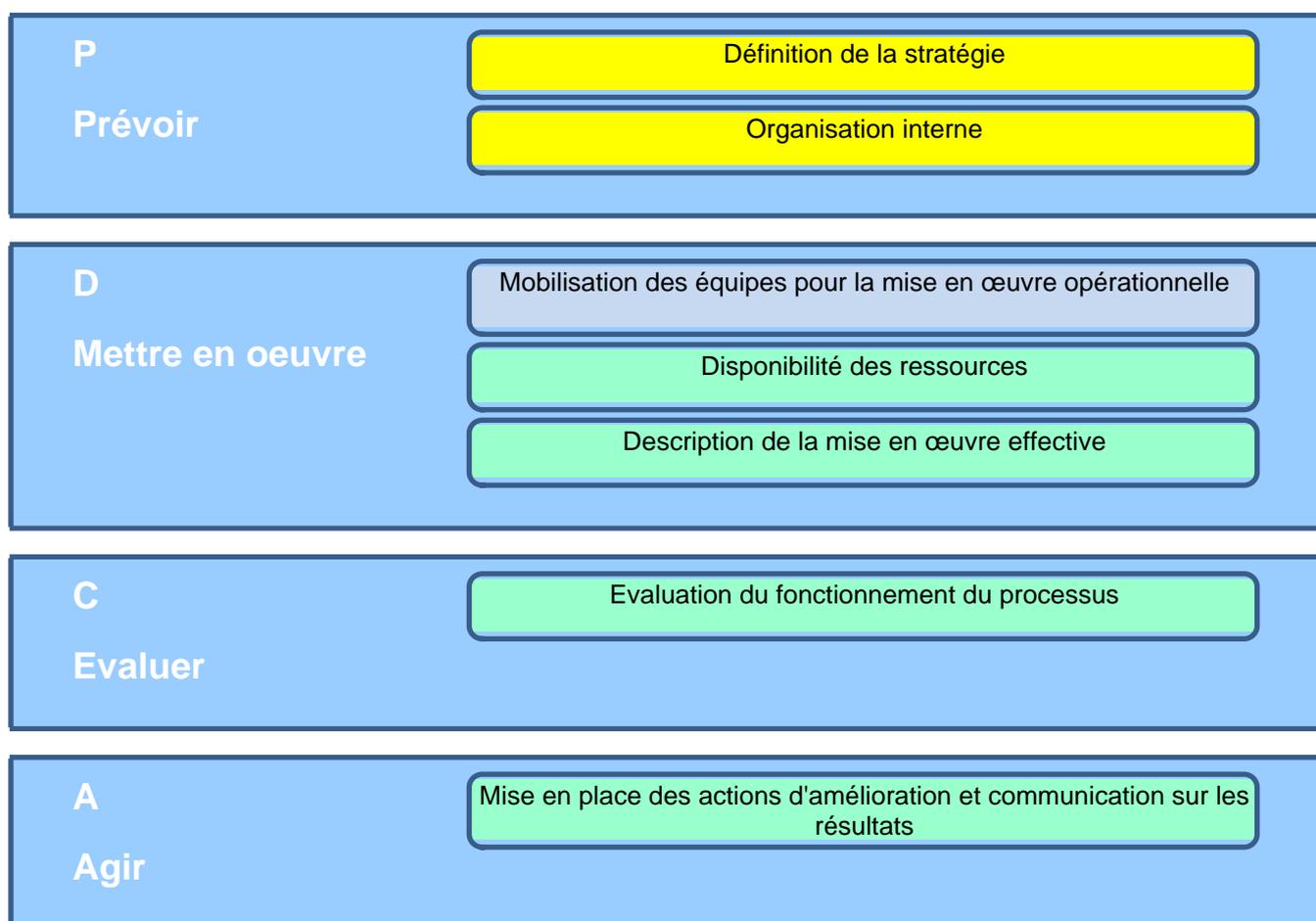
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient pour le Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot (CH Charcot) est intégrée dans le projet médical 2017-2022 (automatisation de la préparation des doses à administrer, développement de la pharmacie clinique dont la conciliation médicamenteuse et déploiement de l'informatisation avec convergence des systèmes d'information dans le cadre du GHT Sud Yvelines). Il existe également un projet pharmacie intégré dans le Projet Médical Partagé du GHT Sud Yvelines. Par contre, l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social (HGMS) n'a pas formalisé sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient et de juste prescription chez la personne âgée. Il n'existe aucune politique validée sur la prise en charge médicamenteuse et aucun document n'a été présenté aux experts-visiteurs pendant la visite. Cette absence de politique de la prise en charge médicamenteuse avait déjà été signalée à l'établissement lors de la certification V2010. Les risques prioritaires dans le compte-qualité sont issus d'une cartographie des risques réalisée en pluridisciplinarité, prenant en compte les événements indésirables et les résultats du contrat de bon usage de l'HGMS. Cette cartographie réalisée en 2013 a été réactualisée en 2016-2017 dans chaque établissement. Ces risques remontés dans le compte-qualité sont nombreux comme par exemple, l'administration en temps réel, le broyage des médicaments, l'accès facilité de la clearance de la créatinine pour le pharmacien, la conciliation médicamenteuse, etc. Les axes sont déclinés dans un programme d'actions propre aux groupes COMEDIMS et « médicaments à risque » et communiqués aux professionnels. Suite à la visite de l'inspection en pharmacie en juillet 2016 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'HGMS, le PAQSS a été réajusté en tenant compte des commentaires des pharmaciens inspecteurs.

ORGANISATION INTERNE

Les 2 établissements ont organisé le pilotage du processus. C'est la Responsable Qualité qui est le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) sur les 2 établissements. Ses missions sont précisées dans une fiche de poste (sans temps dédié à cette mission). Le RSMQ est assisté au quotidien par le pharmacien chef de la PUI. Il existe une seule Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) commune aux 2 établissements qui est localisée sur l'établissement HGMS. La COMEDIMS se réunit en moyenne trois fois par an. Il existe également un groupe « Médicaments à risque » qui se réunit de manière régulière. C'est le pharmacien qui est président de ces 2 instances qui sont mises en place dans chaque établissement. Une commission des antibiotiques est prévue également et est présidée par un médecin référent en antibiotiques. Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont précisés dans des fiches de poste ou de missions. Un organigramme détaille le personnel de la pharmacie. Il existe un manuel qualité du management de la prise en charge médicamenteuse dans chaque établissement. Un manuel qualité commun aux 2 établissements est en cours de rédaction. Des sensibilisations et formations sont organisées de manière régulière via des diaporamas, des réunions, une chambre des erreurs et des formations sont prévues par des prestataires externes. Elles sont intégrées dans le plan de formation institutionnel. Des formations sont prévues prochainement concernant la conciliation médicamenteuse. La permanence pharmaceutique est organisée selon la réglementation et une procédure est formalisée. Les procédures et protocoles sont formalisés sur les services d'hospitalisation complète (gestion du traitement personnel des médicaments, transport des médicaments, circuit de prescription de la clozapine, etc...). Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé des 2 établissements. Cependant, il n'existe pas de procédure formalisée sur le circuit et la gestion des médicaments dans les différents hôpitaux de jour que ce soit sur l'HGMS ou sur le CH Charcot. Des organisations sont en place, cependant les 2 établissements n'ont élaboré aucune procédure décrivant toutes les étapes ou situations : prescription, dispensation des médicaments par la PUI ou une officine, administration, ainsi que des situations particulières, par exemple des patients partant en vacances ou l'organisation de séjours. Par ailleurs, la procédure sur le circuit du médicament en hospitalisation complète ne précise pas les règles relatives à l'identitovigilance concernant le pilulier. En effet, lors de la visite des experts-visiteurs, il a été constaté dans quelques services que l'identité apposée sur les piluliers n'était pas complète et ne comportait parfois que le nom du patient. Dans la procédure sur le circuit du médicament, il est bien spécifié que l'administration doit être observée en respectant les règles d'identitovigilance mais aucune précision n'est indiquée concernant l'identification des piluliers. La continuité du traitement médicamenteux est organisée notamment par l'édition systématique d'une ordonnance de sortie. Les besoins en matériels et équipements sont identifiés : nouveaux réfrigérateurs pour le stockage des médicaments thermosensibles dans les services de soins avec traçabilité des températures, piluliers, chariots d'urgences scellés disponibles dans chaque service. Le système d'information est structuré. L'informatisation du circuit du médicament existe depuis une dizaine d'années sur le CH Charcot alors qu'elle existe depuis fin 2016 sur l'HGMS. Pour l'HGMS, les prescriptions non médicamenteuses sont prévues sur support papier. Les logiciels de prescription, dispensation,

administration sont différents entre les 2 établissements. Les règles et supports de prescription sont définis pour les 2 établissements grâce à des protocoles d'utilisation des logiciels. La gestion des interfaces et des circuits est organisée de manière formelle pour faciliter la concertation entre les différents professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres des services sensibilisent leurs équipes sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse via les mails et les transmissions. Des retours d'information sont réalisés par les pharmaciens, les cadres de santé et les préparateurs référents de chaque service. Les IDE reçoivent aussi régulièrement des mails de la pharmacie. Il existe dans les services de soins des IDE référentes pharmacie et des préparateurs en pharmacie référents pour chacun de ces services. Le pharmacien chef de la PUI s'assure de la conformité des pratiques et des procédures par rapport aux dispositions prévues. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés avec les professionnels et des actions correctives sont identifiées. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées sur le logiciel GCEI commun aux 2 établissements. Des CREX relatifs aux erreurs médicamenteuses sont en place et s'appuient sur la méthode ALARM pour les analyser. Des actions correctives sont identifiées sur la base de l'analyse des fiches de signalement. Plusieurs EPP relatives à la prise en charge médicamenteuse existent :

- sur l'HGMS, il s'agit des EPP "modalités de suivi médical des patients sous AVK" et "antibiothérapie" (réévaluation à 48-72h et durée de l'antibiothérapie supérieure à 7 jours)

- sur le CH Charcot, il s'agit des EPP "relevés incidents au cours du circuit du médicament", "neuroleptiques chez les plus de 60 ans", "prescription des antidépresseurs chez les moins de 16 ans".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées (effectifs, formation). Les formations sur la prise en charge médicamenteuse ont été organisées par le pharmacien et par des prestataires extérieurs avec un focus sur la sécurisation du circuit du médicament. Les ressources matérielles sont disponibles (réfrigérateurs dans les services de soins avec traçabilité des températures, ordinateurs portables, déconditionneuse/reconditionneuse dans le service pharmacie, etc). Les locaux de la PUI sont conformes, sécurisés et adaptés. Les documents et procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée de chaque établissement. Des chambres des erreurs ont été réalisées dont certaines portaient sur les erreurs médicamenteuses (comme par exemple administration tracée sur la feuille d'administration alors que les traitements n'ont pas encore été administrés à la patiente, erreur de préparation des médicaments). L'informatisation du circuit du médicament est complète sur l'HGMS ainsi que sur le CH Charcot (unités intra-hospitalières et extra-hospitalières) à l'exception du service d'accueil des urgences situé sur le CH de Rambouillet. La base de données médicamenteuses est intégrée dans chaque logiciel de prescription. Des alertes pharmaceutiques sont envoyées via chaque dossier informatisé du patient sur les 2 établissements. Chaque semestre, les nouveaux internes en médecine sont formés au CH Charcot par le pharmacien sur les prescriptions. Le pharmacien leur attribue un code personnel seulement s'ils ont suivi la formation. Pour le CH Charcot, l'accès au logiciel de prescription est opérationnel pour l'ensemble des prescripteurs, des professionnels qui participent à l'administration des traitements et des pharmaciens. Néanmoins, sur l'HGMS, le logiciel de prescription n'est pas entièrement opérationnel, ce qui peut être une gêne pour l'analyse pharmaceutique. La prescription du médecin est interfacée avec la PUI afin que le pharmacien puisse réaliser son analyse pharmaceutique. Cependant, exceptionnellement, l'allergie à un médicament signalée par le médecin dans la prescription n'apparaît pas systématiquement au niveau de la pharmacie de manière correcte ; cela dépend comment le médecin notifie l'allergie en lien avec le médicament (en unité commune de dispensation ou en "composant"). Ce dysfonctionnement est pris en compte par l'établissement : ce souci a été signalé à l'éditeur qui doit y remédier et de plus, le pharmacien a sensibilisé les médecins sur le sujet lors de la CME de juin 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. L'analyse pharmaceutique est déployée sur tous les lits des 2 établissements et prend en compte le traitement personnel du patient. Le pharmacien émet des opinions pharmaceutiques si nécessaire. La permanence pharmaceutique pour les besoins urgents la nuit et le week-end est assurée par les pharmaciens sur appel exceptionnel et de plus, une convention de dépannage existe avec la pharmacie de l'hôpital de Poissy-Saint Germain. La dispensation des médicaments s'effectue de manière différente suivant les services :

- pour l'HGMS, la dispensation est nominative sur l'USLD, globale pour les services MCO et SSR.
- Pour le CH Charcot, la pharmacie dispense les médicaments de manière globalisée et pour les HdJ intra-hospitaliers, la dispensation est nominative. Pour les services extra-hospitaliers, la pharmacie dispense

les médicaments sauf pour le service d'accueil des urgences du site du CH Rambouillet où les médicaments sont dispensés par la PUI de ce CH.

La dispensation de certains antibiotiques s'effectue de manière contrôlée conformément à une liste pré-établie. La dispensation d'autres médicaments s'effectue de manière nominative comme les stupéfiants, la méthadone, les érythropoïétines, la clozapine, les médicaments dérivés du sang, les médicaments anti-TNF. L'identification des médicaments pour ceux qui ne se présentent pas en conditionnement unitaire s'effectue par les préparateurs en pharmacie qui les déconditionnent puis les reconditionnent ainsi que les ½ ou ¼ de comprimés dans un local dédié. La PUI n'effectue pas de préparations magistrales ni hospitalières. Les piluliers sont préparés au niveau de la pharmacie par des préparateurs en pharmacie avec un double contrôle pour le service USLD. Pour les autres services, les piluliers sont préparés par les services de soins. Un transporteur livre les médicaments dans les différents services de soins et fait signer systématiquement un formulaire dédié à une IDE le fait qu'elle ait bien réceptionné les médicaments en indiquant le numéro de scellé. Le transport des médicaments thermosensibles se fait à l'aide de poches isothermes. La continuité du traitement médicamenteux est effective de l'admission jusqu'au transfert ou sortie du patient. Les professionnels appliquent la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient dans les services de soins. Dès qu'un patient est hospitalisé, les infirmières lui retirent son traitement personnel qui est mis dans un sachet et est soit rendu à la famille du patient ou est retourné à la pharmacie pour destruction. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments, y compris les médicaments à risque sont mises en œuvre. Les médicaments à risque ont fait l'objet d'un travail de sécurisation. Ils sont clairement identifiés dans les services de soins via une étiquette spécifique. La liste des médicaments à risque est affichée dans les services de soins. Pour les médicaments se présentant sous forme de gouttes buvables, la date d'ouverture est indiquée systématiquement et la durée de conservation des flacons est disponible par voie d'affichage ou sur Intranet. Les dotations des services de soins sont révisées régulièrement. Le contrôle des péremptions est réalisé dans les services de soins par les IDE et est tracé. Les retraits de lots de médicaments sont effectués si nécessaire en cas d'alerte de pharmacovigilance. La traçabilité de la vérification des températures des réfrigérateurs est réalisée quotidiennement, voire 2 fois par jour et est renseignée dans un logiciel spécifique. Les chariots d'urgence sont présents dans les services de soins et vérifiés. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La prescription médicamenteuse est totalement informatisée dans tous les services de soins dans les 2 établissements (sauf le service d'accueil des urgences du CH de Rambouillet où la prescription s'effectue sur support papier). Sur l'HGMS, les médecins réévaluent la qualité de la prescription chez la personne âgée à l'entrée du patient et pendant son séjour. La conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient est en projet. Ce projet a été présenté par le pharmacien dans les 2 établissements. Cependant dans le service USLD « Provence » de l'HGMS, les règles de préparation de médicaments ne sont pas systématiquement respectées. En effet, dans ce service lors de la visite des experts-visiteurs, tous les comprimés ont été retrouvés déblistérés dans tous les piluliers pour les prises du soir et du coucher. Ceci ne permet pas la vérification ultime des médicaments au moment de l'administration, ces derniers n'étant plus identifiables. Les règles d'administration des médicaments (traçabilité en temps réel) sont respectées et répondent aux bonnes pratiques pour les services investigués. Pour les non-administrations, le motif est également renseigné. L'IDE vérifie que le patient prend bien son médicament dans les unités d'hospitalisation complète. Pour les HdJ sur l'HGMS (HdJ MPR investigué), le patient vient avec ses propres médicaments qu'il prend le midi sur place. L'IDE trace avec le logo bleu « patient » le fait que le patient ait pris son médicament. Elle trace l'administration si elle administre une héparine par exemple dispensée par la PUI ou si de la toxine botulique est injectée (dispensation par la PUI également). Pour les HdJ intra et extra-hospitaliers du CH Charcot, les IDE tracent bien l'administration des médicaments dans le DPI de ceux administrés, notamment des neuroleptiques à action prolongée. Elles tracent dans le DPI qu'elles ont remis les médicaments au patient pour la journée ou plusieurs jours. Elles réévaluent régulièrement l'autonomie du patient et en font part au médecin (éducation thérapeutique). Si le patient a oublié son médicament pour le midi, l'IDE pioche à partir de la dotation et marque, dans les transmissions, qu'elle a donné le médicament. Les patients sont informés du bon usage des médicaments. Un carnet d'information leur est remis pour les AVK. Le suivi de la clozapine se fait à l'aide d'un carnet spécifique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HGMS assure l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés notamment les indicateurs nationaux IQSS en lien avec la contractualisation du contrat de bon usage sur HGMS. Le CH Charcot n'est pas concerné par le contrat de bon usage. D'autres indicateurs sont suivis par la pharmacie en lien avec la responsable qualité RSMQ comme le taux d'erreurs de préparation de piluliers, le taux d'administration en temps réel. Un rapport d'activité est réalisé annuellement par la pharmacie. Des audits et EPP sont réalisés par la pharmacie en lien avec le corps médical et soignant. On peut citer les audits sur les médicaments écrasables, l'administration en temps réel. Des CREX « erreurs médicamenteuses » sont effectués à rythme régulier et les erreurs médicamenteuses sont analysées avec

les professionnels concernés. Enfin, « la chambre des erreurs » sur chaque établissement a ciblé des situations relatives à la prise en charge médicamenteuse.

A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre en regard des résultats des audits, des différentes évaluations et du rapport d'inspection en pharmacie de 2016 suite à leur visite sur l'HGMS. On peut citer à titre d'exemple la liste des médicaments qui peuvent être broyés, le suivi des températures des réfrigérateurs dans les services de soins, la vérification de l'identité du patient avant l'administration, la sécurisation du transport des médicaments. D'autres actions vont être mises en place prochainement comme le collage d'étiquettes pré-imprimées sur les poches à perfusion comprenant toutes les mentions conformément aux bonnes pratiques d'administration (dose, débit, etc), la conciliation médicamenteuse ou encore le réaménagement d'une infirmerie d'un service de soins afin d'éviter l'interruption de tâches. Il existe un bulletin des vigilances comprenant des rubriques de pharmaco et matériovigilance. La communication des résultats est réalisée par la pharmacie, les cadres de santé, la RSMQ. Les IQSS sont affichés dans les différents secteurs.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Sur l'HGMS, l'établissement n'a pas formalisé sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient et de juste prescription chez la personne âgée. Il n'existe aucune politique validée sur la prise en charge médicamenteuse. Aucun document n'a été présenté aux experts-visiteurs pendant la visite. Par ailleurs, cette absence de politique avait déjà été signalée à l'établissement lors de la certification V2010.	20a
P / Organisation interne	NC	La procédure sur le circuit du médicament en hospitalisation complète ne précise pas les règles relatives à l'identitovigilance concernant le pilulier. La préparation des piluliers n'est pas toujours conforme sur les règles relatives à l'identité du patient lors de la préparation des piluliers. En effet, lors de la visite des experts-visiteurs, il a été constaté dans quelques services que l'identité apposée sur les piluliers n'était pas complète et ne comportaient parfois que le nom du patient. Dans la procédure sur le circuit du médicament, il est bien spécifié que l'administration doit être observée en respectant les règles d'identitovigilance mais aucune précision n'est indiquée concernant l'identification des piluliers.	20a bis
	NC	Il n'existe pas de procédure formalisée sur le circuit et la gestion des médicaments dans les différents hôpitaux de jour que ce soit sur l'HGMS et le CH Charcot. Des organisations sont en place, cependant les 2 établissements n'ont élaboré aucune procédure décrivant toutes les étapes ou situations : prescription, dispensation des médicaments par la PUI ou une officine, administration. Il existe aussi des situations particulières, par exemple des patients partant en vacances ou l'organisation de séjours.	20a bis
D / Disponibilité des ressources	PS	Le logiciel de prescription sur l'HGMS n'est pas entièrement opérationnel, ce qui peut être une gêne pour l'analyse pharmaceutique. La prescription du médecin est interfacée avec la PUI afin que le pharmacien puisse réaliser son analyse pharmaceutique. Cependant, exceptionnellement, l'allergie à un médicament signalée par le médecin dans la prescription n'apparaît pas systématiquement au niveau de la pharmacie de manière correcte. Cela dépend comment le médecin notifie l'allergie en lien avec le médicament (en unité commune de dispensation ou en "composant"). Ce dysfonctionnement est pris en compte par l'établissement : ce souci a été signalé à l'éditeur qui doit y remédier et de plus, le pharmacien a sensibilisé les médecins sur le sujet lors de la CME de juin 2017.	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Dans le service ULSD « Provence », les règles de préparation de médicaments ne sont pas systématiquement respectées. En effet, dans ce service lors de la visite des experts-visiteurs, tous les comprimés ont été retrouvés déblistérés dans tous les piluliers pour les prises du soir et du coucher. Ceci ne permet pas la vérification ultime des médicaments au moment de l'administration, ces derniers n'étant plus identifiables.	20a bis

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	NC	Pour l'ensemble des processus, le lien entre le compte qualité et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) n'est pas effectif. Les plans d'actions issus de l'analyse des risques de chaque processus n'ont pas été intégrés dans les PAQSS des deux établissements.	8a
		PS	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de chaque établissement manque de précision dans sa structuration. Le PAQSS a une trame commune pour les 2 établissements; il précise pour chaque action son thème, son objectif, la structure porteuse et son état (fait, en cours, à faire, reporté, action pérenne, annulé). Cependant il n'est pas mentionné le nom du porteur de l'action, l'échéance prévisionnelle de réalisation, l'échéance de réalisation ainsi que les modalités de son suivi.	8a
	P / Organisation interne	PS	La stratégie concourant à sensibiliser les professionnels aux démarches qualité et sécurité des soins n'est pas définie. Les 2 établissements se sont mobilisés dans le cadre de la préparation à la certification avec la mise en place de séquences patient traceur ainsi que la formation en interne des pilotes de processus et de l'encadrement. Des articles des journaux internes traitent de la qualité et de la gestion des risques; au CH Charcot, des actions de sensibilisation sont prévues lors de l'accueil des internes et lors de la formation consolidation des savoirs des IDE. Cependant il n'existe pas de plan global sur la communication aux professionnels (documents, information, ...) ainsi que sur la formation en utilisant différents moyens avec par exemple, un temps d'accueil du nouvel arrivant non médical avec des éléments sur la qualité et la sécurité des soins, des formations internes et externes ou des journées dédiées; par ailleurs le livret d'accueil du professionnel ne renseigne pas sur le sujet.	1g
		NC	Le processus de gestion des plaintes et réclamations des 2 établissements n'est pas finalisé. La procédure de gestion des plaintes et réclamation n'est pas élaborée au CH Charcot ce qui ne contribue pas à la connaissance du processus par les professionnels. Lors de leur traitement, des plaintes et réclamations peuvent être également traitées par le COVIRIS de chacun des 2 établissements; cette articulation avec le dispositif des événements indésirables n'est formalisée dans aucune procédure, par ailleurs le bilan des événements indésirables n'intègre pas les plaintes et réclamations.	9a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels des services des 2 établissements méconnaissent les risques prioritaires de l'établissement, les plans d'action du compte qualité et du PAQSS qui les concernent. Lors de la visite des services, il a été constaté que les professionnels de terrain rencontrés savent, dans le cadre de leur exercice quotidien, repérer des risques en lien avec les pathologies des patients reçus, l'organisation en place et si besoin la configuration des locaux. Cependant, faute de diffusion structurée, ils n'ont pas connaissance des risques prioritaires de leur établissement ainsi que des actions prévues dans le compte qualité et du PAQSS, ce qui ne leur permet pas de réfléchir sur les pratiques questionnées à un niveau supérieur et de s'inscrire dans les démarches à venir.	8a
	D / Disponibilité des ressources	NC	La plate forme documentaire électronique de l'HGMS manque d'ergonomie et de mise à jour. Ce dispositif est accessible depuis tous les postes informatiques des services. Dans l'onglet "Qualité", les diverses procédures ne sont accessibles que par mots clés; ceci rend les recherches aléatoires et ne permet pas aux professionnels de connaître les documents à disposition sur une thématique et par ailleurs il n'existe pas de sommaire sur ces documents. Dans les autres onglets, le site comporte par ailleurs des informations ou des documents, par exemple le PAQSS, qui ne sont pas actualisés.	5c
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le dispositif relatif à l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas opérationnel dans tous les secteurs d'activité. Le questionnaire de satisfaction du séjour est à disposition des usagers à l'HGMS; cependant les bilans annuels font apparaître de rares retours sur l'USLD que ce soit de la part du patient ou de son entourage. Le CH Charcot ne met plus le questionnaire de satisfaction à disposition du patient. Le choix s'est porté sur une enquête biennale, la dernière a eu lieu en 2015. Il n'existe pas d'évaluation régulière de la satisfaction des usagers avec une présentation des résultats à la CDU, puis une réflexion continue pour décider d'axes d'amélioration.	9b
		PS	Le dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques n'est pas structuré. Il n'existe pas de tableau de bord centralisé prévoyant la périodicité des évaluations, leurs résultats et par ailleurs les indicateurs internes quantitatifs et qualitatifs sont peu développés. Il n'y a pas de vision systémique du dispositif d'évaluation. La direction et le COPIL QGR ne sont pas en mesure de s'assurer qu'ils atteignent les objectifs qu'ils se sont fixés sur chaque processus et de la pertinence du système de management de la qualité et de la gestion des risques.	1e
Droits des patients	P / Organisation interne	NC	Sur l'HGMS, la procédure de signalement des cas de maltraitance n'est ni définie ni diffusée. Plusieurs procédures en lien avec la thématique sont diffusées au sein des services ainsi que sur les outils respectifs de chaque établissement en matière de gestion documentaire numérisée (GED). Celles-ci régissent notamment l'utilisation de la contention, des mesures d'isolement.	10a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Néanmoins, si l'établissement a formalisé sa procédure de signalement des cas de maltraitance, cette dernière n'existe pas dans le dispositif qualité de l'HGMS, que cela soit sur support papier ou numérique.	
	D / Disponibilité des ressources	NC	Sur le Centre Hospitalier JMC, sur certaines structures d'hospitalisation complète, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients L'établissement JM Charcot s'est engagé financièrement en 2006 dans la reconstruction des bâtiments regroupant l'hospitalisation complète dans une structure mono bloc. L'arrêt des travaux en raison de malfaçons n'ayant pas permis de finaliser l'opération à ce jour, il demeure une structure d'hospitalisation conservant à ce jour quelques chambres à 3 lits. Toujours sur cet aspect des choses, des patients traceur ont permis de constater des oculous non occultés au moins en partie sur certaines portes de chambres, ne permettant d'assurer à minima le respect de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés.	10b
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	Le dispositif de prise en charge des urgences n'est pas totalement adapté. Les procédures de prise en charge des urgences vitales ne sont pas entièrement définies à l' HGMS. En cas d'urgence vitale, les professionnels appliquent le dispositif GRAV (Gestion rapide des appels de détresse vitale) et composent un numéro unique : le 1234. Ce dispositif a été exposé et décidé lors des sous-commissions de CME en charge de l'organisation de la permanence des soins, la prise en charge des urgences et des admissions non programmées du 26/06/2013 et du 15/06/2017. Cependant cette modalité n'a pas fait l'objet d'un document validé et intégré dans la gestion documentaire. Par ailleurs, le matériel d'urgence vitale opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs d'activité. Les unités d'hospitalisation complète ou de jour du CH Charcot sont équipées de chariots ou sacs d'urgence. Seul l'Hôpital de Jour Adulte situé à Rambouillet n'est pas équipé de matériel d'urgence vitale. Ceci fait suite à une décision prise après une réflexion institutionnelle et en raison de la proximité de la structure par rapport au SMUR du Centre Hospitalier de Rambouillet (1km). Cependant, l'indisponibilité momentanée du véhicule SMUR reste possible et il n'existe aucune garantie sur le délai d'intervention auprès du patient. Il n'existe aucun matériel ni médicament permettant de débiter une réanimation en attendant les secours.	18b
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	NC	Sur l'HGMS, l'établissement n'a pas formalisé sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient et de juste prescription chez la personne âgée. Il n'existe aucune politique validée sur la prise en charge médicamenteuse. Aucun document n'a été présenté aux experts-visiteurs pendant la visite. Par ailleurs, cette absence de politique avait déjà été signalée à l'établissement lors de la certification V2010.	20a
	P / Organisation interne	NC	La procédure sur le circuit du médicament en hospitalisation complète ne précise pas les règles relatives à l'identitovigilance concernant le pilulier. La préparation des piluliers n'est pas toujours conforme sur les règles	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010	
			relatives à l'identité du patient lors de la préparation des piluliers. En effet, lors de la visite des experts-visiteurs, il a été constaté dans quelques services que l'identité apposée sur les piluliers n'était pas complète et ne comportaient parfois que le nom du patient. Dans la procédure sur le circuit du médicament, il est bien spécifié que l'administration doit être observée en respectant les règles d'identitovigilance mais aucune précision n'est indiquée concernant l'identification des piluliers.		
		NC	Il n'existe pas de procédure formalisée sur le circuit et la gestion des médicaments dans les différents hôpitaux de jour que ce soit sur l'HGMS et le CH Charcot. Des organisations sont en place, cependant les 2 établissements n'ont élaboré aucune procédure décrivant toutes les étapes ou situations : prescription, dispensation des médicaments par la PUI ou une officine, administration. Il existe aussi des situations particulières, par exemple des patients partant en vacances ou l'organisation de séjours.	20a bis	
	D / Disponibilité des ressources	PS	Le logiciel de prescription sur l'HGMS n'est pas entièrement opérationnel, ce qui peut être une gêne pour l'analyse pharmaceutique. La prescription du médecin est interfacée avec la PUI afin que le pharmacien puisse réaliser son analyse pharmaceutique. Cependant, exceptionnellement, l'allergie à un médicament signalée par le médecin dans la prescription n'apparaît pas systématiquement au niveau de la pharmacie de manière correcte. Cela dépend comment le médecin notifie l'allergie en lien avec le médicament (en unité commune de dispensation ou en "composant"). Ce dysfonctionnement est pris en compte par l'établissement : ce souci a été signalé à l'éditeur qui doit y remédier et de plus, le pharmacien a sensibilisé les médecins sur le sujet lors de la CME de juin 2017.	20a	
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Dans le service ULSD « Provence », les règles de préparation de médicaments ne sont pas systématiquement respectées. En effet, dans ce service lors de la visite des experts-visiteurs, tous les comprimés ont été retrouvés déblistérés dans tous les piluliers pour les prises du soir et du coucher. Ceci ne permet pas la vérification ultime des médicaments au moment de l'administration, ces derniers n'étant plus identifiables.	20a bis	