



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
VAUCLAIRE**

**24700 Montpon Menesterol
Février 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	9
2. DÉCISION	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	9
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	9
6. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	34

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE VAUCLAIRE	
Adresse	24700 Montpon Menesterol
Département / région	DORDOGNE / AQUITAINE
Statut	CHS / EPSM
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	240000083	CENTRE HOSPITALIER DE VAUCLAIRE	24700 Montpon Menesterol
Etablissement de santé	240015677	UNITE SEVRAGE COMPLEXE - CH VAUCLAIRE	80 avenue georges pompidou 24019 PERIGUEUX
Etablissement de santé	240007526	CENTRE MEDCO PSYCHOLOGIQUE POUR ADULTES DE NONTRON	E chatenet 24300 Nontron
Etablissement de santé	240009613	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS DE NONTRON	R du 19 mars 1962 24300 Nontron
Etablissement de santé	240014878	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS	4 rue saint esprit 24100 BERGERAC
Etablissement de santé	240007757	CMP ENFANTS DE BERGERAC	4 st esprit 24100 Bergerac
Etablissement de santé	240005306	DISPENSARE D'HYGIENE MENTALE	24310 Montpon Menesterol
Etablissement de santé	240008326	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS	6 aristide briand 24400 Mussidan

Etablissement de santé	240008334	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS	15 nt michel 24100 Bergerac
Etablissement de santé	240000463	CENTRE HOSPITALIER DE VAUCLAIRE	24700 Montpon Menesterol
Etablissement de santé	240014886	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES	Rue du 19 mars 1962 24300 NONTRON

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	4	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	217	75
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	6	39
SSR	SSR	20	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> * GCS de Santé Mentale de Dordogne (GCS de moyens) * CHT entre 13 établissements publics de santé du territoire de santé de la Dordogne * Convention entre l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie de la Dordogne (ELSA 24) et le Centre Hospitalier de Bergerac * Conventions de partenariat avec le CH Nontron, CH de Périgueux, Clinique des Pins à Pessac, CH de Saint-Aulaye, CH La Meynardie, CH de Ste Foy La Grande, CH de Bergerac, l'EHPAD de La Roche Chalais, le CH de St Aulaye, le CH de Ribérac et l'EHPAD de Montpon * Contrat Local de Santé (CLS) de la Communauté d'Agglomération Bergeracoise
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Transfert de 72 lits de psychiatrie adultes et enfants sur le site de Bergerac depuis 27 décembre 2011

Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none">- Ouverture d'une Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (10 lits) depuis le 01/12/2011- Education Thérapeutique du Patient depuis le 01/12/2011- Ouverture d'un Hôpital de Jour Adolescents (6 places) au PHPB depuis le 01/05/2013- Ouverture de la Maison des Adolescents à Bergerac depuis le 01/02/2013- Augmentation de la capacité d'accueil de l'IFAS de 30 à 40 places depuis le 12/12/2013- Ouverture d'un SSR spécialisé en addictologie de 20 lits depuis le 1er septembre 2013
---	---

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

- la certification de l'établissement avec obligation(s) d'amélioration (C)

2. Décision

Obligation d'amélioration

Gestion du système d'information

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. Accréditation des laboratoires de biologie médicale

6. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois (septembre 2016), indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine à Périgueux	Addictologie	Programmé	/sevrage complexe avec PEC antérieure par ELSA	MCO
2	Adulte ou personne âgée	Psychiatrie HC en psychogériatrie à Bergerac	psychogériatrie	Programmé	/ troubles du comportement, proche de la sortie	Santé mentale
3	Adulte	Psychiatrie HC sans consentement à Montpon	A définir	Programmé	/P. psychotique, suivi de secteur, HSC, proche sor	Santé mentale
4	Adulte	Psychiatrie HDJ à Bergerac	A définir	Programmé	/psychose chronique projet réinsertion	Santé mentale
5	Enfant	Psychiatrie HC adolescent à Bergerac	A définir	Programmé	/ado PEC en période de crise	Santé mentale
6	Enfant	Psychiatrie HDJ à Montpon	A définir	Programmé	/enfant suivi en HDJ et scolarisé	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

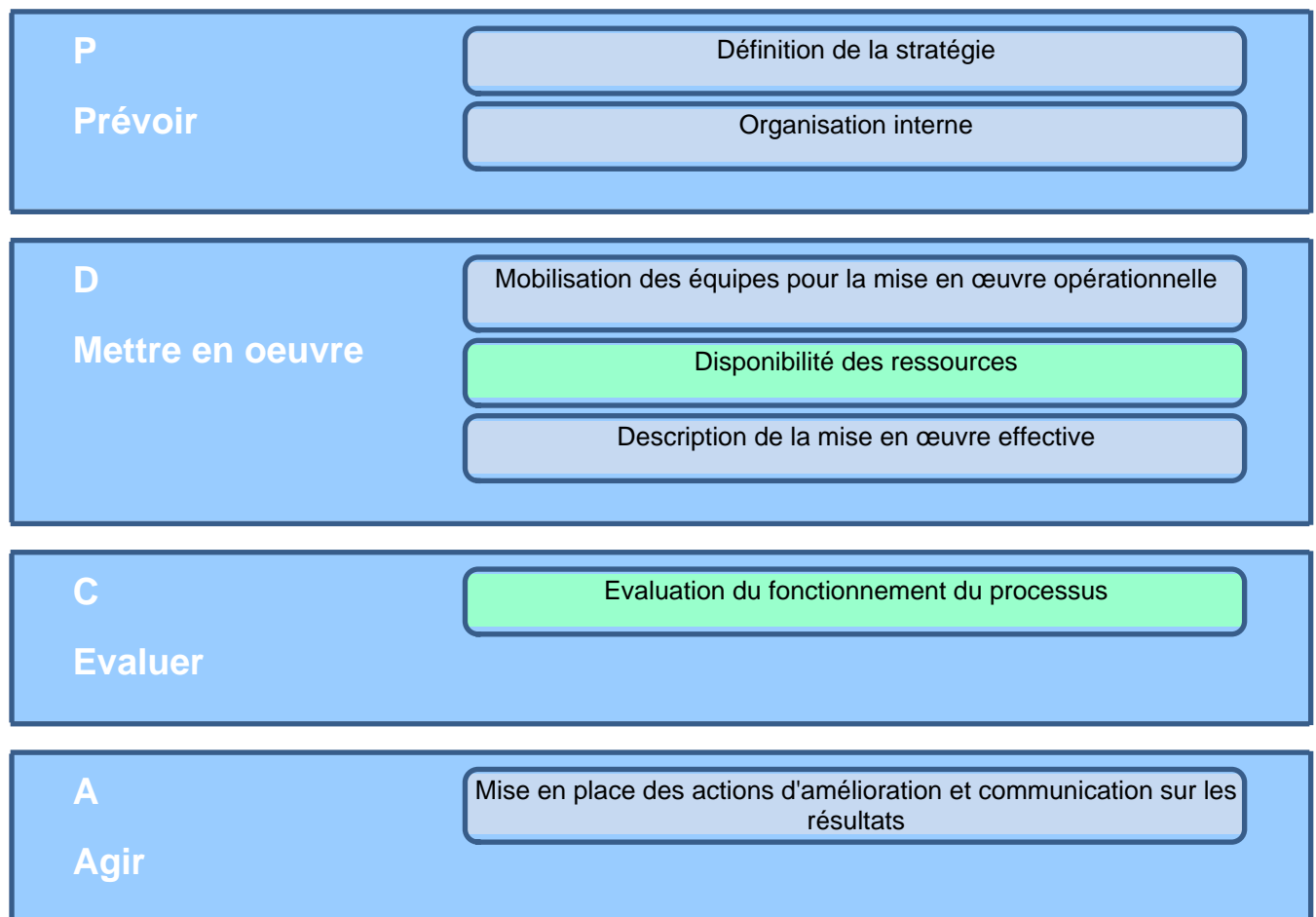
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques découle des orientations stratégiques et définit les objectifs principaux en matière d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation.

Cette politique intègre notamment la stratégie d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise, la pérennisation de la culture qualité et de sécurité des soins, l'amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail, la démarche de développement durable ainsi que le renforcement de la maîtrise des risques.

Validée par les différentes instances, la politique se décline dans un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité.

Le programme comprend des objectifs et intègre des indicateurs mesurables déclinés par pôle d'activité et par unité.

La stratégie EPP définie et intégrée à la politique qualité de l'établissement, se concrétise dans un programme annuel impliquant tous les secteurs d'activité et tous les types de prise en charge. Les actions d'amélioration issues de ces travaux viennent enrichir le programme d'action d'amélioration de la qualité et la gestion des risques.

La politique qualité et gestion des risques s'appuie également sur une identification des risques a priori, en place depuis 2008, déclinée sur tous les secteurs d'activité et actualisée régulièrement.

Cette cartographie identifie l'ensemble des risques potentiels, les hiérarchise et détermine les modalités de traitement des risques ajustés au fil des ans. Cette analyse de risque est intégrée dans le fonctionnement de l'établissement et mise à jour régulièrement.

La politique est portée par le management, déclinée dans tous les secteurs d'activité à l'aide d'un programme d'actions formalisé et priorisé qui regroupe l'ensemble des actions entreprises dans l'établissement : actions qualité, actions issues des analyses de risques a priori, a posteriori, actions issues des analyses de risques professionnels, des résultats des indicateurs, des évaluations et des recommandations des contrôles et inspections externes. Ce programme d'actions se décline au niveau des pôles d'activité via les contrats de pôle.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins notamment dans le cadre de la CRUQPC. Ils siègent également au Comité d'Actions Qualité/Gestion des Risques. A ce titre, ils concourent à la définition des orientations stratégiques en matière de qualité, gestion des risques et développement durable.

L'élaboration du compte qualité a été réalisée à partir des éléments disponibles en s'appuyant sur les professionnels et pilotes des processus (cartographie des risques, démarches d'amélioration en cours, résultats des évaluations externes et des indicateurs disponibles) et des conclusions des travaux de groupe de travail spécifiques pour les thématiques multicritères - parcours patient et droits des patients.

La politique, le programme ainsi que les éléments aisément communicables du compte qualité ont été diffusés et communiqués aux chefs de pôle, assistants de pôle et à l'encadrement et responsables de service, commentés autant que nécessaire à l'ensemble des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus.

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé dans la politique qualité risques de l'établissement et schématisé au travers d'un organigramme fonctionnel qui comporte trois niveaux :

- un niveau de gouvernance institutionnel assuré par le Comité d'actions Qualité / Gestion des risques (GDR) / Développement Durable (DD) en synergie avec la CME et la commission EPP/DPC,
- un niveau de pilotage opérationnel, d'animation et de coordination assuré par le service « qualité/gestion des risques/développement durable » avec en appui une cellule qualité risques pluri professionnelle et transversale,
- un niveau de mise en oeuvre opérationnelle réalisée par les professionnels au travers des instances, des comités, et groupes d'amélioration de la qualité et /ou d'aide à la gestion des risques (GAQ/GDR) et notamment par la CME et ses sous-commissions.

Des relais Qualité/GDR/DD que sont l'encadrement et les responsables de service complètent le dispositif et assurent le relais auprès des équipes de terrain. Ce dispositif est renforcé par les différents référents et correspondants en place sur les thématiques hygiène, douleur, pharmacie, système d'information.

La gestion des vigilances et de la veille sanitaire est organisée au sein de l'établissement et pilotée par le Comité d'actions Qualité/GDR/DD.

Le service Qualité / GDR / DD placé sous l'autorité du directeur de l'établissement composé de la Responsable qualité / GDR / DD également Coordinatrice des risques associés aux soins, d'une assistante qualité/GDR/DD et d'une secrétaire, assure l'accompagnement et la coordination des différentes instances et composantes du système qualité et gestion des risques.

La fonction de coordinatrice des risques liés aux soins - en conformité avec le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 - s'assure de la cohérence des actions engagées par les différentes parties prenantes du dispositif. Les rôles et missions de ces professionnels sont formalisés dans des fiches de poste, comme pour l'ensemble des instances et des personnes ressources.

La commission EPP/DPC pilotée par un Praticien Psychiatre assure la gouvernance et le suivi du programme EPP et élabore les plans DPC en cohérence avec les travaux en cours et rend compte à la CME. La coordination des EPP est une des missions de la Coordinatrice de la Gestion des Risques liés aux soins.

L'organisation de la gestion des plaintes et réclamations des patients en place permet de répondre et d'apporter une réponse argumentée au plaignant. Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CRUQPC et sont à l'initiative d'actions d'amélioration intégrées dans le programme global de l'établissement.

La gestion des événements indésirables et leur analyse au travers de CREX est en place, renforcée par une information donnée aux professionnels et des engagements de non punition.

Une cellule de crise est définie au sein de l'établissement. Les plans blancs et canicule sont formalisés et actualisés.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), et documentaires (procédures, protocoles, outils d'aide et d'accompagnement, dispositif informatisé de gestion documentaire, etc.) ainsi que les modalités de communication appropriés et nécessaires.

L'établissement organise des activités au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (journées hygiène des mains, droits des patients, bientraitance, sécurité routière, chambre des erreurs,...) où participent les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque pôle d'activité (responsable de pôle et assistante de pôle) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. L'encadrement médical et soignant du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières, réunions de pôle).

L'encadrement, relais qualité gestion des risques s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) et mises en oeuvre.

Tous les cadres suivent les indicateurs et participent au plan d'audits qui concernent leur secteur d'activité.

Les professionnels sont largement associés à la mise en oeuvre opérationnelle de la démarche pour l'élaboration des documents qualité, les EPP, les événements indésirables (signalement et analyse), les risques a priori, les évaluations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants, et des actions d'information et de formation sont mises en oeuvre :

- accueil personnalisé pour tout nouvel arrivant médical et non médical comprenant notamment une présentation au poste de travail, du système de management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement et des outils associés,
- formation à l'analyse des risques a priori pour les professionnels concernés,
- formation aux méthodes patients traceurs,
- formation au risque incendie et aux gestes d'urgence.

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels. L'appui méthodologique des professionnels est assuré par le service qualité et la coordonnatrice des risques liés aux soins. La gestion documentaire est opérationnelle et connue de tous les professionnels rencontrés. Les documents utiles à la mise en oeuvre des processus de prise en charge des patients sont accessibles et actualisés autant que nécessaire. Les créations et mises à jour documentaires sont participatives.

Les professionnels rencontrés confirment la disponibilité du matériel nécessaire pour la réalisation de leur activité (postes informatiques, logiciel documentaire, déclaration des événements indésirables, supports audits...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les unités, la mobilisation des professionnels est effective pour la mise en oeuvre opérationnelle de la démarche qualité et de sécurité des soins avec notamment :

- la participation de l'ensemble des professionnels au signalement,
- le déploiement et la mise en oeuvre de nouvelles démarches d'évaluation dont la méthode patient traceur,

- des actions correctives suite à l'analyse des événements indésirables et retours d'expérience,
 - des actions de prévention du risque infectieux,
 - des actions en lien avec les démarches d'EPP,
 - des actions en lien avec les risques professionnels,
- et l'organisation d'une communication interne.

La sous-commission EPP /DPC est opérationnelle et les démarches EPP se déclinent sur l'ensemble des secteurs d'activité pour certaines depuis plusieurs années (exemple : conformité prescription chambre d'isolement), d'autres émergent des pratiques en questionnement (exemple : pertinence des prescriptions d'hypnotiques).

Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Il permet une analyse des causes en réunion d'analyse (CREX) pour la recherche des causes profondes, selon une méthodologie adaptée, en associant les acteurs concernés. Le retour aux professionnels est réalisé.

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle et mobilise les acteurs de terrain.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de ce processus se fait au travers d'indicateurs selon quatre axes :

- L'Évaluation du système de management de la qualité/et gestion des risques,
- L'Évaluation de la réalisation des programmes Qualité et Gestion des Risques,
- L'évaluation des actions de communication,
- L'évaluation de la gestion documentaire.

L'évaluation est réalisée trois fois par an par le service qualité et présentée annuellement à la CME et au comité d'actions qualité / GDR/DD.

L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des questionnaires de sortie pour les unités d'hospitalisation complète. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CRUQPC. Cependant, l'évaluation de la satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire (hôpitaux de jours, CMP, CATTP) n'est pas organisé au niveau institutionnel, il a été seulement retrouvé l'évaluation de la satisfaction des patients en hôpital de jour de pédopsychiatrie par questionnaire annuel. Les hôpitaux de jour adultes, les CMP et CATTP ne procèdent pas à une évaluation structurée de la satisfaction des patients et ou de leurs familles.

L'évaluation annuelle des risques psychosociaux auprès des professionnels complète le dispositif.

Des tableaux de bord avec suivi d'indicateurs par pôle et unités sont en place, suivis par les responsables de pôle, l'encadrement et le service qualité. Ce suivi permet de mesurer l'impact en termes de réduction des risques des actions menées et de mobiliser les professionnels.

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs :

- politique QGDR et stratégie de développement de l'EPP révisées,
- cartographie des risques et programme d'actions qualité réajustés et nouveaux objectifs d'amélioration mesurables définis.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

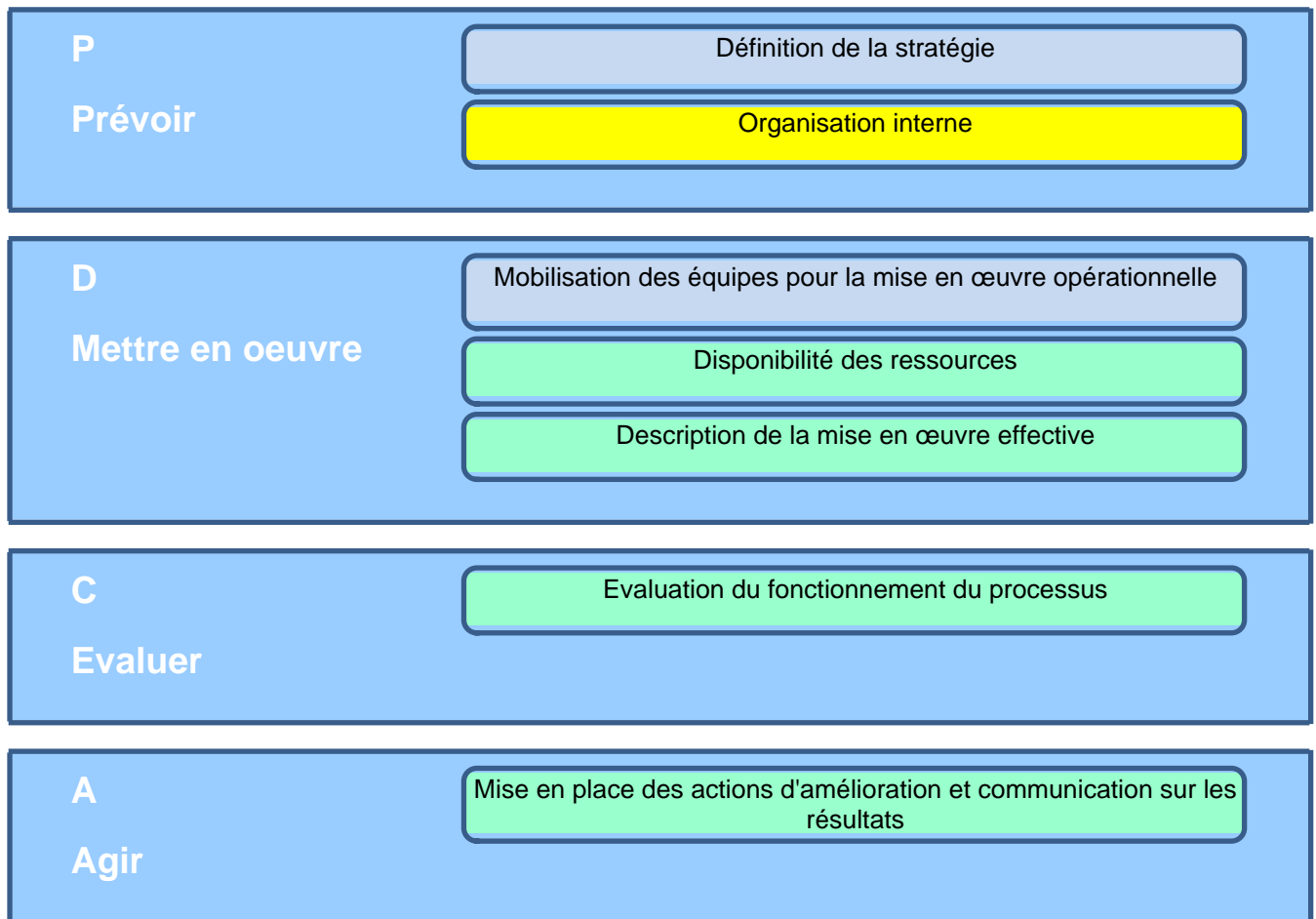
DROITS DES PATIENTS

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

Les droits des patients et leurs respects sont inscrits dans la stratégie de l'établissement. Elle est basée sur une identification des besoins et une analyse des risques. Le CPOM 2012-2017 et le projet de soins 2015-2018 consacrent un chapitre aux droits des patients, à la bientraitance, à la promotion des libertés individuelles des patients. Le règlement intérieur de l'établissement, les règlements intérieurs des services, le site internet, le livret d'accueil informent les usagers sur leurs droits. Les droits des patients est un axe de la politique qualité/gestion des risques 2014-2018.

Une politique sur le respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté a été rédigée en octobre 2012 issue de groupes de réflexion. Les professionnels participent à un groupe régional sur la bientraitance et l'établissement organise depuis trois ans une journée annuelle dédiée à cette thématique. Une politique éthique est en place depuis juin 2015 ainsi que des ateliers éthiques dans les différents pôles de l'établissement ouverts à l'ensemble des professionnels.

Le comité d'éthique et la CRUQPC se réunissent quatre fois par an. La charte du patient hospitalisé et la charte d'engagement en faveur de la bientraitance sont affichées dans les services.

L'établissement a identifié ses risques en CRUQPC à partir des audits, des événements indésirables, des plaintes et des réclamations, des résultats d'EPP et des patients traceurs, des questionnaires de sortie, de la dernière certification, des indicateurs nationaux et des indicateurs propres à l'établissement, des cartographies des risques de maltraitance, liées aux "droits du patient" et à la contention et/ou isolement thérapeutique.

Cette politique est déclinée dans un plan d'action qualité PAQ "Droits des patients" formalisé et priorisé, mis à jour par la CRUQPC, intégré au plan d'action de la qualité global de l'établissement de 2015. Ce plan d'action global est validé par les instances. Le plan d'action est décliné en objectifs qualité fixés dans les contrats de pôle par le biais d'indicateurs suivis.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La CRUQPC présidée par la directrice de l'établissement est identifiée pour piloter ce processus. La CRUQPC bénéficie d'un règlement intérieur qui détermine les missions de chaque membre. Les représentants des usagers sont présents à la commission (Unapei et Unafam).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Un médiateur médical et un médiateur non médical sont nommés. Une médiation est proposée dès que nécessaire. Les représentants des usagers sont informés de toutes les plaintes et réclamations in extenso ainsi que les chefs de pôle.

Les modalités de signalement d'un défaut de bientraitance sont définies. L'établissement a mis en place un comité d'éthique depuis 2010.

Il existe des procédures et protocoles : information du patient en cas de dommage grave lié aux soins, mise en chambre d'isolement /contention avec la recherche du consentement du patient et l'évaluation du bénéfice risque, information du patient concernant la désignation d'une personne de confiance, admission, accueil, remise et gestion du livret d'accueil et du questionnaire de sortie.

Des documents sont à disposition des usagers : livret d'accueil, site internet, règlements intérieurs des services, plaquette d'information dans les CMP sur l'accès et les délais de conservation des dossiers, affichage de la charte du patient hospitalisé et de la charte de bientraitance, information juridique dans le cadre des soins sans consentement, questionnaires de sortie. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRUQPC. Des formations et sensibilisations des professionnels en lien avec la thématique sont prévues sur le plan de formation de l'établissement chaque année.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Cependant, l'information du patient sur ses modalités d'hospitalisation en soins sans consentement sur décision du directeur n'est pas organisée. Lors du patient traceur soins sans consentement, le patient n'a pas été destinataire de la décision du directeur concernant son hospitalisation sans consentement. Le document existe mais sa remise n'est pas encore organisée dans l'établissement.

L'établissement mène une réflexion pour améliorer les conditions d'hébergement dans ces services et a mis en place de réelles améliorations depuis 5 ans (suppression des chambres à 4 lits, construction de l'ensemble du site du pôle de Bergerac avec des chambres à un lit, réaménagements de l'unité d'entrée Eugène Leroy sur le pôle des 2 vallées...), cependant les locaux ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Certaines chambres à un lit ou 2 lits ne bénéficient pas dans les services d'Antonin Arthaud, Frida Khalo Thélonious Monk, SSR et Ritti soit de douches dans les chambres, soit de WC. Sur 254 lits de santé mentale et SSR, il reste 32 chambres à 2 lits. Des paravents pour les chambres à deux lits restantes ne sont pas prévus.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité (chef de pôle, assistant de pôle, responsable qualité de l'établissement) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Chaque pôle a des objectifs qualité déclinés ensuite dans chaque unité en hospitalisation complète (feuille de route de chaque unité). La responsable qualité intervient auprès des cadres dans les réunions mensuelles organisées par la direction des soins et auprès des cadres supérieurs de santé lors des réunions hebdomadaires dès que nécessaire. Les responsables de pôle sensibilisent les professionnels sur les aspects relatifs aux droits des patients lors des staffs ou réunions d'équipe mais aussi lors des conseils de pôle. Les cadres qui sont les relais qualité dans les unités s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin au regard des objectifs généraux des pôles et des feuilles de route par unité d'hospitalisation.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Toute restriction de liberté (fermeture des services, limitation de visite, retrait des effets personnels, mise en chambre d'isolement, contention ...) fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une décision collégiale. La traçabilité se retrouve dans le dossier du patient. Les professionnels de l'établissement sont mobilisés autour du respect des droits fondamentaux du patient. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés lors de leur rencontre avec le service qualité. Des actions visant la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance sont en place. Les équipes connaissent les objectifs en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis au sein du service et des mesures pour les atteindre.

Les équipes participent aux groupes de travail du projet de soin qui travaille sur ce thème, à la commission éthique, aux journées bientraitance et aux ateliers éthique, à la déclaration des événements indésirables, aux démarches EPP...

Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs, à l'évaluation des questionnaires de sortie, aux éventuelles plaintes et réclamations liées au service, aux analyses des événements indésirables traités en cellule qualité. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur pôle.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations en lien avec les droits des patients sont en place : contenance, contention et empathie, gestion de la violence, droit des patients et la législation en psychiatrie, annonce d'un dommage associé aux soins, programme DPC en interne sur la contention et la mise en chambre d'isolement, bientraitance et prévention de la maltraitance. Une grande partie des professionnels participent au colloque annuel dédié à la bientraitance.

Les procédures relatives aux droits des patients sont mises à disposition des professionnels sur la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Elles sont actualisées régulièrement.

Les rencontres avec les professionnels témoignent qu'un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est en place. Cette procédure est accessible sur la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

La participation du patient et de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet de soin personnalisé est facilitée. Le projet est tracé dans le dossier.

Une organisation permettant le consentement éclairé et le cas échéant du refus de soin est en place.

L'établissement a adapté ses locaux, son équipement avec des salons famille, des bureaux de consultations médicaux et paramédicaux dédiés, une signalisation pour répondre aux besoins et attente des usagers. Un accueil et un soutien des familles dans les situations qui le nécessitent sont favorisés.

Un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement est en place : procédure, information juridique au patient, recherche d'adhésion des patients, formations des professionnels administratifs et soignants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée (personne de confiance, prescription médicale pour restriction de liberté...).

Une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont en place : charte de confidentialité, définition des droits d'accès au dossier, élimination des documents nominatifs par broyage, transport sécurisé des dossiers papiers.

L'accès aux services d'hospitalisation pour les familles ou visiteurs est facilité (heures de visite affichées à l'entrée des services et notifiées sur les règlements intérieurs, parkings, cafétéria à disposition des patients et des familles sur le site de Vauclaire).

La prescription médicale informatisée pour restriction de liberté et principalement pour isolement et contention est systématiquement tracée dans le dossier et réévaluée selon la procédure de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés des droits des patients : EPP mise en chambre d'isolement, utilisation de la contention en psychiatrie, traitement des événements indésirables graves associés aux soins, analyse des pratiques selon la méthode du patient traceur, les analyses des plaintes et des réclamations, des événements indésirables. Les indicateurs nationaux et indicateurs de l'établissement. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration contenues dans la PAQ "droits des patients" sont assurées par la CRUQPC, lors d'un état d'avancement présenté par la responsable qualité/GdR à chaque réunion de la CRUCQC (et non une fois par an). Le rapport d'activité annuel de la CRUQPC est présenté aux instances. Les résultats inférieurs au seuil et aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière auprès des pôles et notamment des cadres des services d'hospitalisation complète qui suivent les indicateurs sur leur feuille de route réactualisée deux fois par an. Ces indicateurs concernent : le taux de traçabilité de la désignation de la personne de confiance ; le taux de traçabilité de l'évaluation de la douleur ; le taux de traçabilité du recueil des directives anticipées ou encore les délais de transmission du dossier au patient. Les modalités d'évaluation reposent sur l'implication des représentants des usagers. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Par ailleurs, le service qualité suit tous les deux ans la conformité des pratiques de MCI et/ou de contention.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats auprès des professionnels est réalisée, en interne par la direction des soins, les cadres des services, le service qualité, le site intranet de l'établissement, la revue d'information de l'établissement "ZOOM". En externe, la communication se fait auprès des usagers via la CRUQPC. Les indicateurs sont affichés dans les services.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

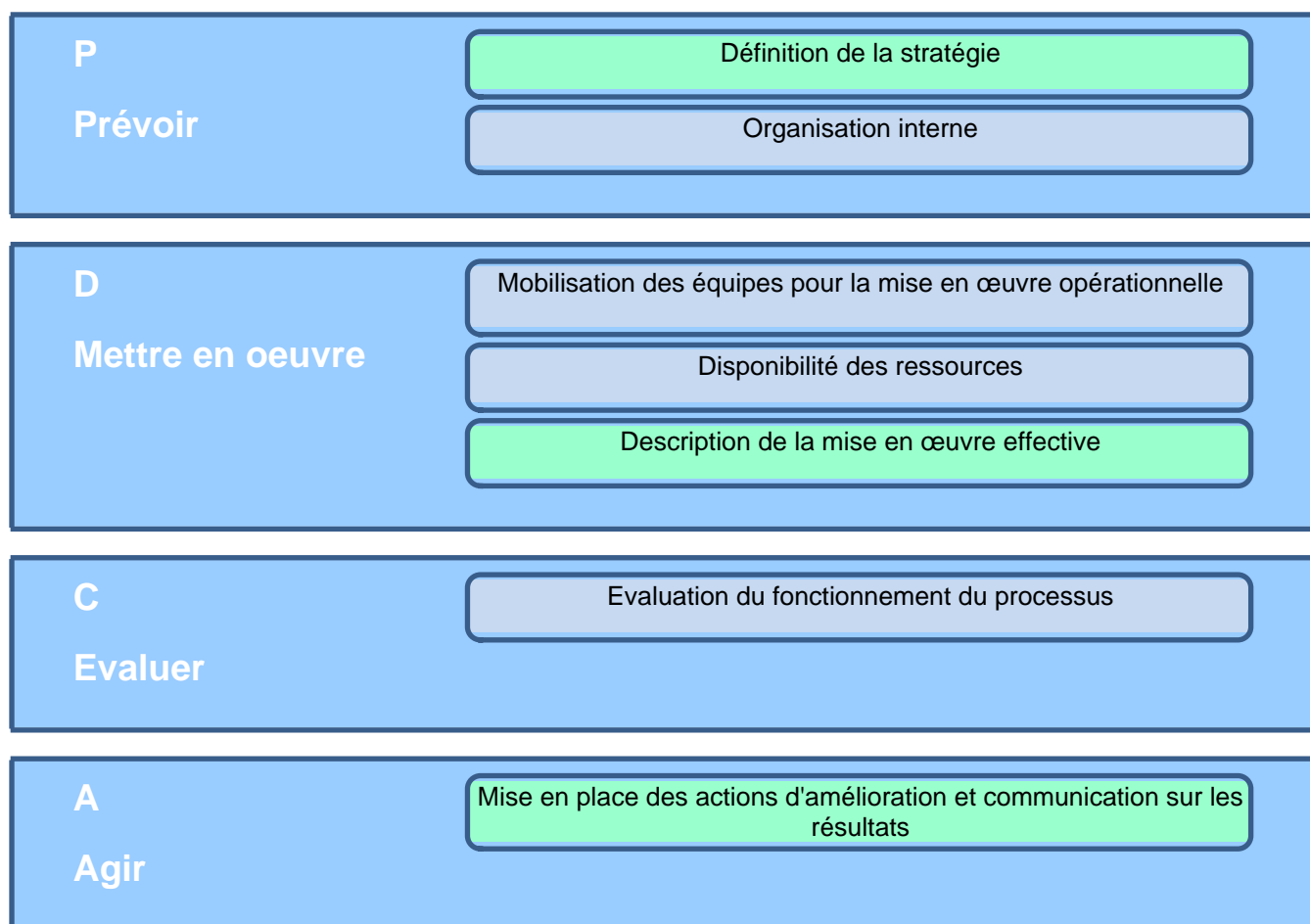
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

On retrouve une politique du "parcours" patient qui prend en compte les besoins de la population en cohérence avec le projet médical de territoire.

Cette politique, élaborée à partir du contexte de l'établissement et d'une analyse des risques propre à l'établissement et validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Il donne lieu à des formations régulières.

On retrouve au sein de ce programme des objectifs concernant la prise en charge des populations vulnérables, la prise en charge des urgences, l'accueil des patients, la continuité et la coordination des soins.

Ce programme contient aussi des objectifs en matière de prise en charge des urgences vitales, d'évaluation thérapeutique du patient, de prise en charge nutritionnelle et de prise en charge du risque suicidaire.

Ce programme est présenté annuellement aux instances et est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Il se décline au niveau des contrats de pôle de chacun des pôles dans le cadre des délégations de gestion.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. C'est le trio directrice, directeur des soins et le président de la CME qui pilote le processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés. Au niveau de chacun des pôles, le binôme médecin chef de pôle et cadre soignant de pôle relaie la politique et met en œuvre le programme d'action.

On retrouve au sein des secteurs d'activités des ressources humaines tant sur le plan qualitatif que quantitatif en adéquation avec les besoins des prises en charge.

En effet, le plan de formation intègre notamment des actions sur la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire, l'utilisation du matériel d'urgence et des gestes de premier secours, mais aussi des actions concernant l'éducation thérapeutique ainsi que l'identification et la prise en charge des populations vulnérables. Les processus clés du parcours patient sont identifiés et font appel à des dispositifs organisés.

On retrouve :

- un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence,
- un dispositif d'accueil adapté de prise en charge des urgences vitales,
- une organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique,
- un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire,
- une organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique du patient ,
- une organisation de la sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Un projet de soins personnalisé est en place. Ce dernier intègre un volet somatique dans le projet de prise en charge en santé mentale et s'articule bien avec les activités de soins de suite et de réadaptation. Citons l'exemple du pôle de Bergerac où un projet de soins personnalisé intègre la continuité des soins entre CMP, CATTP, hôpital de jour et hospitalisation en intra et qui intègre aussi la continuité des soins entre le secteur de pédopsychiatrie et le secteur adulte..

La permanence des soins est assurée 24h/24h, weekend et jours fériés par un système de gardes et astreintes organisé reposant sur la présence d'un médecin somaticien de garde sur place et un psychiatre en astreinte opérationnel.

Compte tenu du rapport d'inspection de l'ARS concernant le fonctionnement médical du pôle des Deux Vallées, un tableau de bord hebdomadaire présentiel et fonctionnel spécifique est en place depuis juillet 2015. Ce tableau de bord est élaboré de façon prévisionnelle par le chef de pôle et signé par la direction, il devient définitif la période écoulée sur déclaration du chef de pôle. Une validation de la présence des médecins par la direction est en place au moment de la visite.

Le schéma du système d'information prend en compte le parcours patient (identitovilance, DMP, continuité des soins) sur toutes les structures du centre hospitalier de Vauclaire.

La fonction transport des patients est organisée entre les différents sites de l'établissement au niveau de chacun des pôles et notamment dans le cadre des programmes de soins.

De fait, au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Par ailleurs, la gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les secteurs d'activité notamment grâce à la mise en place du dossier patient informatisé qui permet d'avoir en une vision en temps utile des informations concernant le patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux pôles et aux secteurs les composant sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ces plans d'actions concernent :

- le dispositif d'accueil des patients,
- l'évaluation initiale et continue du patient,
- l'évaluation nutritionnelle,
- la prise en charge des urgences vitales,
- la prise en compte du risque suicidaire,
- le projet de soin individualisé,
- l'évaluation somatique du patient.

Ces plans d'actions sont intégrés au contrat de pôle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans les secteurs d'activité. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats de façon régulière lors de réunions.

On retrouve affichés dans les unités de soins les résultats de ces plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs et répondent aux besoins spécifiques des populations prises en charge et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les fériés. On retrouve des équipes organisées, et motivées sur l'HDJ de pédopsychiatrie de Montpon, sur le service d'USIP, et sur le secteur Leroy à Montpon.

Les professionnels en postes sont formés régulièrement, notamment à la prise en charge des urgences vitales, les remplaçants et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés.

Des sacs ou des chariots d'urgence vitales sont opérationnels et disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les procédures sont disponibles, accessibles et connues des professionnels qui utilisent bien du système de gestion documentaire informatisé.

Un dossier patient informatisé est en place et permet d'assurer la traçabilité des étapes du parcours patient. Il est accessible et la confidentialité des informations est assurée.

Les locaux des secteurs d'activités sont en adéquation avec les spécificités des prises en charge et les projets de soins notamment sur l'HDJ pédopsychiatrie, l'unité USIP et l'unité Leroy sur le site de Montpon.

De fait, les ressources en compétence (effectifs, formations), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients est établie en fonction d'une évaluation initiale et continue de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins en secteur intra-hospitalier. Cette évaluation est réalisée dans un délai compatible avec les exigences liées au problème de santé. Cependant, cette évaluation initiale et continue en hôpital de jour de pédopsychiatrie de Montpon, et en hôpital de jour adulte de Bergerac n'est pas réalisée dans un délai adapté.

Le projet de soins personnalisé est retrouvé tracé et réévalué à périodicité définie pour chaque patient. Citons comme exemple le secteur adulte sur le pôle des Deux Vallées, le projet de soins personnalisé est réajusté en staff pluri-professionnel hebdomadaire tous les lundis et où la présence des médecins psychiatre et somaticien est tracée par une feuille de présence envoyée à la direction.

Un véritable projet de soins personnalisé inter-unité intégré à une filière de prise en charge en réseau est en place et est tracé. Citons l'exemple de la pédopsychiatrie avec son travail en réseau notamment avec les lieux de scolarisation des enfants et bien sûr avec les familles.

On retrouve une prise en charge qui repose sur des réunions de synthèses cliniques de patient et sur des réunions de fonctionnement, pluri professionnelles et pluridisciplinaires, dans tous les secteurs. Le contenu des réunions cliniques est tracé dans le dossier patient informatisé.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier y compris en secteur de pédopsychiatrie.

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Toutefois Les demandes d'examen de laboratoire ne sont pas toujours argumentées : Lors du patient traceur en psychogériatrie de Bergerac, les renseignements cliniques et le motif de l'examen n'ont pas été retrouvés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Il est à noter la qualité des informations transmises lors du passage d'un patient d'une unité intra hospitalière vers une unité extra hospitalière et lors du passage d'un enfant vers une unité d'adolescent puis vers les secteurs adultes.

Néanmoins, la réflexion bénéfice-risque, au décours de l'hospitalisation, n'est pas systématiquement

tracée dans le dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

On retrouve un dispositif d'évaluation exploité et de suivi des plans d'actions définies qui repose sur des tableaux de bord d'indicateurs. Cette évaluation est réalisée à périodicité définie en COPIL qualité et les équipes sont informées. Cette évaluation est globale. Elle repose sur la base de recueil de données et d'évaluations issues des secteurs d'activité notamment de démarches EPP et de patients traceurs. Cette évaluation repose aussi sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont évaluées au niveau des secteurs d'activité via l'évaluation des contrats de pôle puis cette évaluation est intégrée et articulée avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats des actions est réalisée, en interne lors des bureaux de pôle et des conseils de pôle auprès des professionnels, comme en externe, auprès des représentants des usagers.

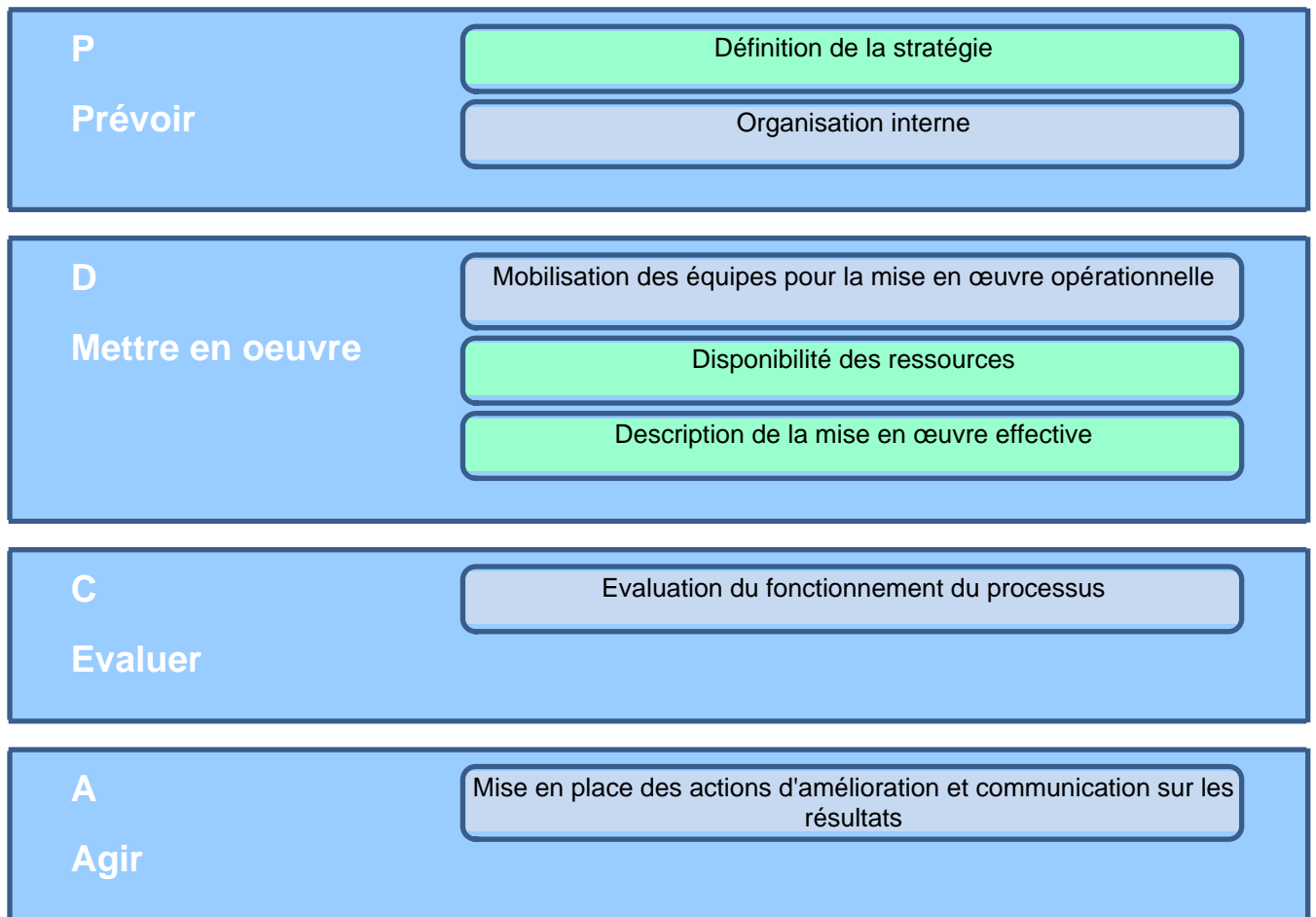
DOSSIER PATIENT

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 du dossier patient. Elle est définie sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Elle est validée par les instances et révisée au moins annuellement. C'est le groupe de pilotage "Cortex" du dossier patient informatisé qui anime la politique. Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité.

Cette politique couvre la gestion du dossier du patient et l'accès du patient à son dossier. Elle est diffusée à l'échelle de l'établissement.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'améliorations formalisé et priorisé.

Le programme est présenté annuellement aux instances dont la CRUQPC. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La mise en place depuis 2007 d'un groupe d'amélioration institutionnel et pérenne, le groupe CORTEXTE. De composition pluriprofessionnelle et transversale, il est chargé d'accompagner la mise en œuvre du dossier informatisé dans tous les pôles.

Les réunions sont planifiées deux fois par an et les comptes rendus sont diffusés à l'ensemble des utilisateurs. Ses modalités de fonctionnement sont définies.

ORGANISATION INTERNE

On retrouve une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier patient. Le pilotage est assuré par un sous-groupe issu du groupe d'amélioration CORTEXTE, composé du médecin responsable du DIM, des deux techniciennes du DIM, de l'Assistante Médico Administrative référente des archives, d'un informaticien et de la RAQ/GdR. Les missions sont décrites dans la politique de gestion et d'amélioration du dossier patient.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil métier.

Les ressources nécessaires (effectifs et compétence) sont identifiées en fonction, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés et sont intégrés dans le plan de formation de l'établissement. C'est le médecin DIM qui forme les nouveaux médecins et informe le corps médical des changements du logiciel. C'est une assistance médico-administrative qui forme les paramédicaux et les secrétaires.

L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients et avec les correspondants externes en temps utile. La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. Le logiciel du dossier patient informatisé assure la continuité de l'information médicale entre les différentes structures extra-hospitalières et intra-hospitalières du centre hospitalier de Vauclaire.

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier et l'information sur ses droits d'accès conformément à la réglementation. Les modalités spécifiques d'accès au dossier en psychiatrie sont définies. On retrouve les droits du patient d'accès au dossier au sein du livret d'accueil.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation accessibilité en temps utile et archivage.

L'établissement a défini les outils et organisation permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge grâce à l'informatisation du dossier patient.

On retrouve les modalités de fonctionnement dégradé du dossier patient informatisé en cas d'indisponibilité programmée ou accidentelle du système.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

De fait, au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre secteurs d'activités grâce à l'informatisation du dossier patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration :

- elles connaissent les objectifs définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place

retrouvées dans les plans d'actions des contrats de pôle,
 - elles participent à l'élaboration des protocoles, aux évaluations du dossier, à la déclaration des EI et au traitement des EI graves, des plaintes et réclamations,
 - elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité sur le dossier du patient et aux résultats des évaluations sur la thématique concernée via le dialogue de gestion organisé.
 Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.
 Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats des indicateurs etc.). Des audits sont menés par le service qualité au sein des secteurs d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels en poste, les remplaçants /intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés par le service DIM.
 On retrouve une mise à disposition d'outils et de formation des professionnels à la gestion du dossier patient.
 Les outils (papier ou informatique) permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.
 Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24h/24, l'intégralité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.
 En conclusion, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs.
 Néanmoins, les règles de tenues et d'accès au dossier ne sont pas accessibles et ne sont pas connues des professionnels concernés. La procédure "Dossier patient unique : Politique de mise en œuvre" n'est pas connue et n'est pas retrouvée par les professionnels de l'établissement.
 De plus, les modalités dégradées de fonctionnement du dossier patient informatisé prévues ne sont pas accessibles et ne sont pas connues par les professionnels des secteurs d'activités. La procédure "Dossier Patient Informatisé: Procédure en mode dégradé" n'est pas connue et n'est pas retrouvée par les professionnels des secteurs d'activités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

On retrouve la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient.
 Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient, son numéro d'identification et le nom du professionnel.
 Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées, l'identité du prescripteur est mentionnée en caractères lisibles.
 La communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment en cas de transfert ou mutation.
 Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.
 Les secteurs connaissent l'organisation définie. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce à l'informatisation du dossier patient. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.
 Néanmoins, l'accès du patient à son dossier n'est pas réalisé dans les délais réglementaires. Selon le tableau de suivi des délais de transmission du dossier au patient présenté à la CRUQPC de septembre 2015, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours réalisé dans les délais réglementaire pour les dossiers de moins de 5 ans. Elle est conforme pour les dossiers de plus de 5 ans.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage groupe "Cortex" et la gestionnaire des risques assurent le suivi de la qualité de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient.
 Cette évaluation repose sur des tableaux de bord d'indicateurs. Ces tableaux de bord comprennent des indicateurs nationaux, régionaux et locaux (IPAQSS, IHN,...).
 Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction et des secteurs d'activité.
 L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs (suivi du nombre de demandes de dossier, délai d'accès au dossier...) est en place.
 Ainsi, l'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de gestion du dossier patient sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

La politique de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé.

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques.

De fait, des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRUQPC.

Il existe aussi un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites via le dialogue de gestion.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés et l'établissement met en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier.

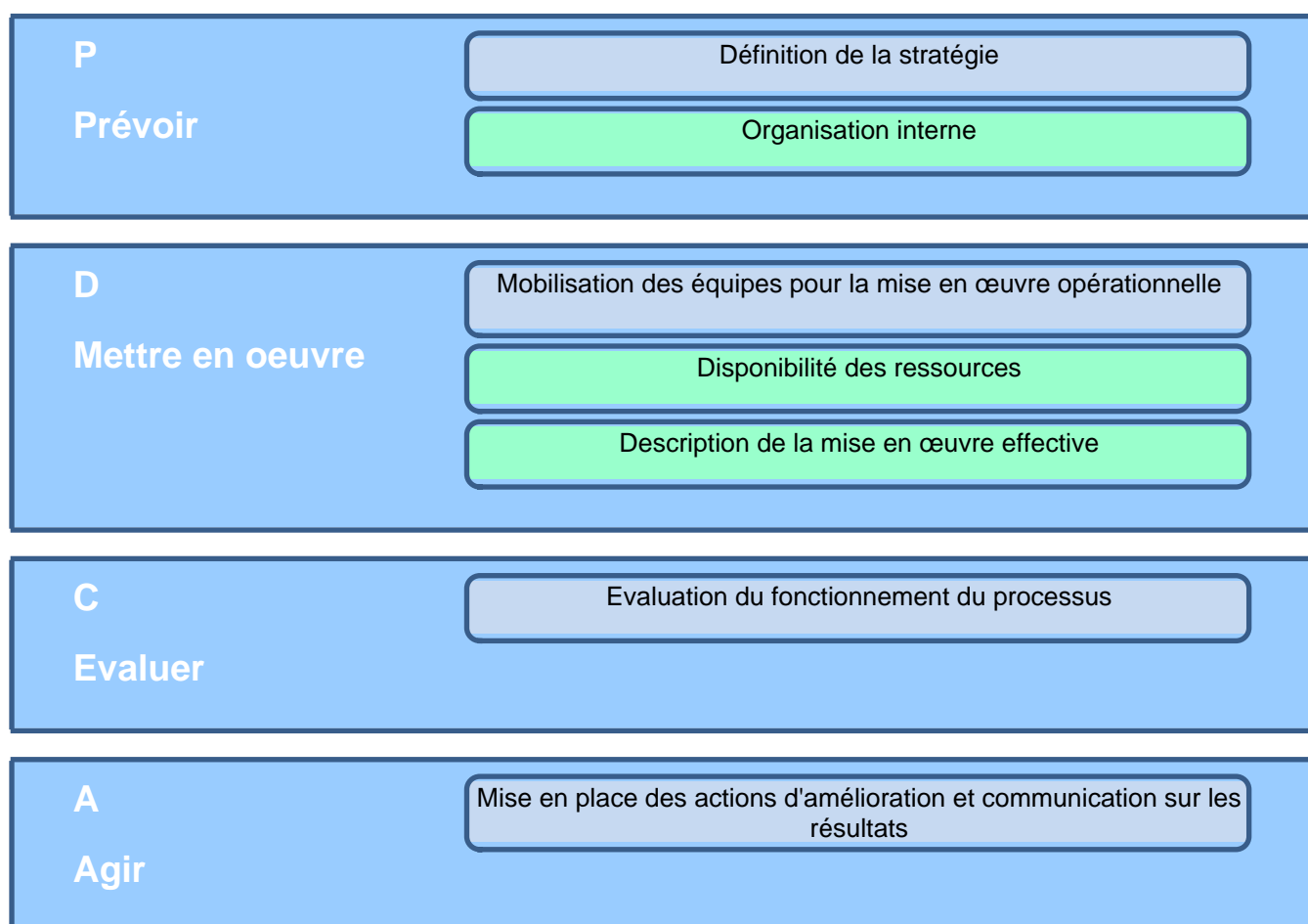
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée depuis 2011 et réactualisée pour la période 2015/2019. Des objectifs à court, moyen et long terme ont été définis à partir du CBU, de la certification V2010, de la cartographie des risques médicamenteux et des évaluations régulières : audits internes annuels, contrôles et visites de risques réalisées dans les unités deux fois par an, des EPP régulières, de l'analyse régulière des événements indésirables, du suivi des indicateurs et du bilan quadrimestriel du PAQ /gestion des risques. Les risques identifiés sont retrouvés dans le compte qualité. L'informatisation complète du circuit du médicament est réalisée.

Cette politique a été validée par la CME. Elle est formalisée et priorisée dans programme d'action intégré au PAQ global de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a un mis en place un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le directeur de l'établissement en concertation avec le président de la CME a désigné la pharmacienne comme pilote du processus depuis 2011. Elle exerce ses missions en lien avec le comité de pilotage stratégique de la qualité/gestion des risques. Le pilotage fonctionnel est défini et précise les missions de tous les acteurs du circuit du médicament.

L'établissement a défini ses besoins matériels et humains nécessaires au circuit du médicament pour la PUI, les unités de soins en tenant compte de l'éloignement des sites.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés et organisés (élaboration de deux guides du médicament pour la personne âgée d'une part et l'enfant et l'adolescent d'autre part). Le manuel qualité est formalisé.

Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est formalisé toutefois la gestion et l'administration des médicaments par les infirmiers en hôpital de jour présente des spécificités (administration à réaliser et à tracer à partir de plusieurs supports d'ordonnance papier ou informatisée, avec délivrance des médicaments soit par la PUI à l'équipe soit par les officines de ville directement auprès du patient qui remet les médicaments à l'équipe de soins) qui ne sont pas décrites dans une procédure.

La gestion des interfaces PUI/unités de soins est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque pôle clinique et médico-technique s'engage dans son contrat de pôle sur des objectifs qualité notamment en matière de prise en charge médicamenteuse.

Les responsables, notamment la pharmacienne et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés de la prise en charge médicamenteuse.

La pharmacienne et les préparatrices référentes organisent des visites de conformité de la salle de soins des unités deux fois par an. Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les contrats de pôle incluent des objectifs qualité qui peuvent concerner le médicaments. Des objectifs par service sont également déclinés, connus des professionnels et suivis régulièrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des préparateurs référents d'unité sont désignés, des référents médicaments sont également désignés dans les unités de soins.

Les locaux de la PUI et des salles de soins sont opérationnels. Les moyens nécessaires à l'acheminement des médicaments sont identifiés.

La documentation (classeur médicaments et documentation sur intranet, Vidal électronique, livret du médicament, recommandation issues du COMEDIMS, guide spécifique d'aide pour les médicaments à destination des personnes âgés et des enfants) est disponible dans les secteurs. Les règles et support de prescription sont formalisées.

De nombreuses actions de sensibilisation et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses sont organisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la pharmacie et des unités de soins connaissent l'organisation du circuit du médicament. La prescription médicamenteuse est informatisée.

La continuité du traitement est assurée de l'entrée à la sortie avec gestion du traitement personnel et conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient en gériatrie-psycho-geriatrie.

La permanence pharmaceutique est organisée : dotation pour besoins urgents avec stock tampon par site, règles d'astreinte et de remplacements.

L'analyse de la prescription informatisée est organisée et donne lieu à des alertes prises en compte par les utilisateurs.

Les règles de gestion de rangement, de transport et de stockage des médicaments notamment pour les stupéfiants sont mises en place, évaluées et améliorées. La surveillance de la température des réfrigérateurs est assurée.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée sans les entretiens médicaux et infirmiers et lors des ateliers du médicament.

Les ordonnances de sortie sont réalisées.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés sont organisés.

Cependant, la traçabilité de l'administration des médicaments par les IDE n'est pas toujours effectuée en temps réel.

Dans 40% des unités de soins, l'administration est faite à partir d'une édition papier de la prescription informatisée. Cette édition se fait peu avant l'administration et elle est retranscrite secondairement dans le dossier de soins informatisé. L'établissement suit régulièrement un indicateur interne d'administration conforme

Dans certaines unités, la distribution se fait dans un espace collectif (salle à manger) ce qui ne garantit pas le respect de la confidentialité des informations.

Par ailleurs, les professionnels rencontrés lors de l'audit de processus et de la réalisation du patient traceur ne connaissaient pas la procédure de prescription en mode dégradée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation régulier réalisé en utilisant différentes méthodes (contrôles biannuels, audits réguliers, CREX réguliers et EPP) et suivi permet d'identifier des actions d'amélioration intégrées dans le programme global de l'établissement. Un bilan d'étape du CBU est réalisé.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comprend 9 actions d'amélioration identifiées dans le PAQ 2015 (améliorer la culture de sécurisation du circuit du médicament, poursuivre l'identification a posteriori et a priori des risques, le traitement des erreurs ou presque-erreurs médicamenteuses, maintenir la dynamique d'analyse de causes des erreurs, améliorer la conformité de la traçabilité de l'administration des traitements médicamenteux, s'assurer de l'efficacité du dispositif de sécurisation du circuit du médicament, valoriser le partage de retour d'expérience autour d'EI, évaluer le respect des recommandations de bonnes pratiques de prescription chez l'enfant/adolescent et du sujet âgé. 5 indicateurs sont suivis. Les évaluations régulières sont suivies d'actions d'amélioration et communiquées auprès des équipes par le biais notamment des référents, de l'actualisation du classeur pharmacie et d'affichages en salle de soins.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

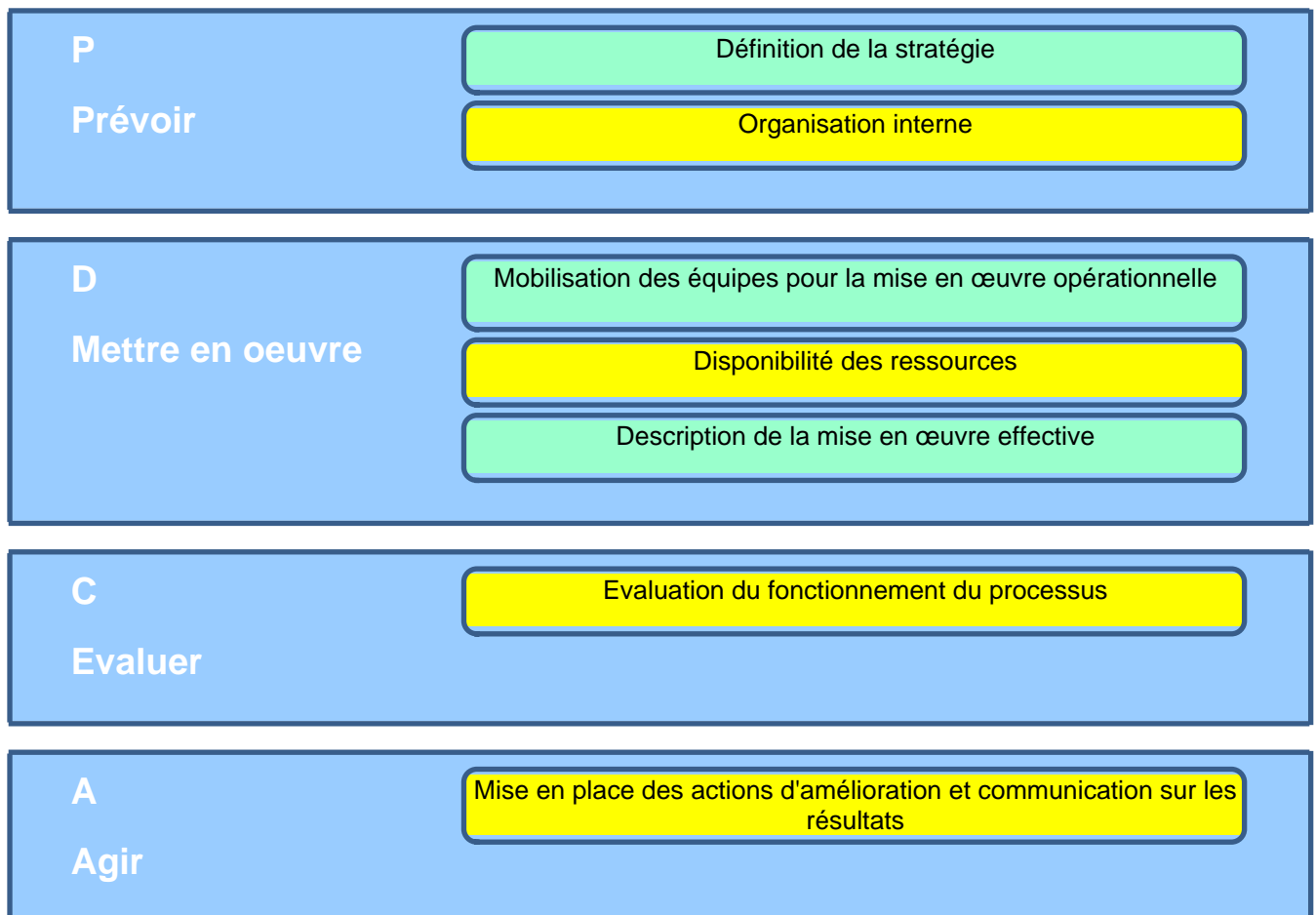
1. Caractérisation générale

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins en développement de son système d'information au travers de son schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui recouvre la période 2014 - 2018. Il prend en compte les orientations fixées par le programme hôpital numérique. Cependant, le SDSI n'est pas validé au niveau institutionnel. Les objectifs d'amélioration et les plans d'actions associés issus du schéma directeur ne sont pas priorisés. Les actions de développement et de sécurisation de l'architecture technique identifiées sont en attente de choix et de priorisation, les impacts financiers étant élevés et non inclus dans les perspectives d'investissement connues à ce jour.

L'établissement a également procédé à la formalisation de sa politique de sécurité, celle ci a été validée par les instances en 2013 et a donné lieu à un programme d'actions suivi par le service informatique.

La direction chargée du SI et son équipe a procédé avec le soutien du service qualité risques à une identification des risques de son système d'information et réalisé une cartographie des risques. Celle ci a été reportée dans le compte qualité, les actions identifiées de réduction des risques qui ne requièrent pas d'arbitrage financier ont été déversées dans le programme global d'amélioration de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et mettre en oeuvre le schéma directeur du système d'information. Un comité de gouvernance chargé des aspects stratégiques est en cours d'installation : une décision de la direction datée du 15 juin 2015 définit sa composition, ses missions ainsi que ses modalités de fonctionnement. La première réunion de cette instance est programmée en octobre 2015.

Le pilotage opérationnel du processus est assuré par la direction des systèmes d'information et organisation, direction conjointe avec la direction du personnel.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels notamment pour le DSIO, le responsable informatique/correspondant HN, le référent sécurité/correspondant CNIL.

Des référents fonctionnels et techniques sont identifiés par applicatif ainsi que des correspondants informatiques par pôle ou service.

Une politique d'accessibilité et d'habilitation au système d'information est en cours de rédaction. Les niveaux d'habilitation sont définis par application, l'agrégation au niveau établissement n'est pas encore établie.

En cas de panne du système d'information, une procédure dégradée pour le fonctionnement et le retour à la normale du logiciel dossier patient est formalisée.

Cependant, la sécurité du système d'information n'est pas garantie:

- Le plan de reprise d'activité n'est pas défini, dans le cadre de ses marchés, l'établissement a lancé une consultation pour le choix d'un prestataire qui à ce jour n'est pas clôturée (remise des offres le 25 septembre 2015).

- la procédure dégradée pour l'applicatif qui gère les créations d'un nouveau dossier patient n'est pas formalisée,

- les règles d'accès et d'usage du SI en particulier pour les applications gérant des données de santé, à destination des prestataires et fournisseurs ne sont pas définies,

- La sécurité technique de l'environnement n'est pas garantie :

* Les salles serveurs sont dépourvues de détection incendie, de dispositif de surveillance et d'enregistrement des niveaux de température et d'hygrométrie;

* Le dispositif de climatisation n'a pas d'alarme en cas de dysfonctionnement,

* L'accès des locaux n'est pas sécurisé (portes simples sur clé dépourvues de dispositif de traçabilité des accès - partage de certains locaux avec les services techniques),

* Le matériel physique (serveur) hébergeant les données de la production de soins ne fait pas l'objet de garantie ou de maintenance. Ce risque est majoré par le fait qu'à ce jour, il n'existe qu'une seule sauvegarde journalière de la production des données de santé. Un projet de sécurisation par virtualisation est prévu mais non encore décliné dans un calendrier arrêté.

Par ailleurs, l'ensemble des procédures nécessaires au fonctionnement du système d'information n'est pas défini ni formalisé, il en est notamment ainsi pour Enfin, la procédure applicable en cas d'indisponibilité totale ou partielle du SI et notamment celle en lien avec les applicatifs gérant des données de santé ne fait pas l'objet de tests technico-fonctionnels organisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, la direction en charge du système d'information organise la

déclinaison de la démarche institutionnelle. Des points d'étape de l'avancée du SDSI est fait en instances et en réunions internes. Le journal interne relaie l'information auprès des professionnels.
L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment dans le cadre du dossier patient informatisé.
Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques notamment via la charte d'usage du système d'information et la charte des administrateurs du système.
Les référents fonctionnels et les correspondants informatiques sont au plus près des utilisateurs, recueillant et prenant en compte les remarques et besoins nouveaux et assurant une aide à proximité immédiate des utilisateurs. En cas de non maîtrise des pratiques, des formations sont mises en place pour les applicatifs métiers, les référents fonctionnels étant très disponibles.
En cas de besoin, des actions correctives sont mises en place avec les utilisateurs du SI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources quantitatives et qualitatives ainsi que les matériels au niveau des unités cliniques et administratives sont en adéquation avec l'utilisation des logiciels métiers.
Les niveaux d'habilitation par application sont identifiés et les droits d'accès sont définis selon les profils.
Les postes informatiques mis à disposition des utilisateurs répondent à leurs besoins.
Cependant, les compétences présentes au niveau du service informatique ne sont pas en adéquation avec les risques identifiés. La fonction de responsable sécurité des systèmes d'information n'est pas encore opérationnelle ; le référent sécurité ne disposant pas encore de la formation adéquate. Celle-ci est non mise en œuvre au jour de la visite (planifiée sur 2016).
Par ailleurs, lors des investigations terrain, la majorité des professionnels rencontrés dans les unités ne connaît pas la procédure à utiliser en cas d'indisponibilité totale ou partielle du système d'information.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'utilisation du système d'information est effective dans tous les secteurs cliniques, administratifs et techniques. Le système d'information permet l'accès en temps utile à des informations valides et aide les professionnels dans leur processus de décision (tableau de bord médico économique).
Les professionnels utilisateurs du SI connaissent la charte d'utilisation du système d'information.
L'accès des utilisateurs au SI se fait par login et mot de passe personnel pour la majorité des applicatifs métiers dont ceux mobilisant des données de santé (dossier patient et logiciel administratif) ou des données personnelles (ressources humaines).
La traçabilité des actions au sein des applications gérant des données de santé ou des données personnelles est effective. Les accès en lecture seule aux données médicales sont tracés et historisés pendant trente jours (contrainte logicielle du dossier patient).
Le patient est informé des conditions d'utilisation de ses données de santé via le livret d'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La direction chargée du système d'information effectue un suivi annuel des projets en cours.
Les indicateurs d'hôpital numérique sont en place et mesurés.
La satisfaction des utilisateurs est recueillie systématiquement lors du recours au helpdesk.
Cependant, l'évaluation du sous processus "management de la sécurité du système d'information" n'est pas assurée en dehors du recueil des indicateurs hôpital numérique. Des audits de la sécurité sont prévus dans le document de politique générale de sécurité du système d'information mais non encore réalisés ni définis. Le recueil du taux de disponibilité des applicatifs suivi depuis janvier 2015 par le service informatique n'a pas encore donné lieu à une analyse ni à une communication.
Par ailleurs, la procédure "dossier patient informatisé : procédure en mode dégradée" n'a pas encore été évaluée.

A / AGIR

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

Suite au recueil des indicateurs hôpital numérique, des actions d'amélioration sont réalisées comme la nomination d'un responsable sécurité du SI et d'autres sont en cours comme la structuration du SDSI.
Des actions d'amélioration sont également mises en place suite à des événements indésirables touchant le système d'information.
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.
Cependant, il n'existe pas d'ajustements suite à la non évaluation du sous processus "management de la sécurité du SI". Ainsi, la politique de sécurité définie en 2013 n'a pas fait l'objet d'évaluation ni d'actualisation.

Par ailleurs, les actions d'amélioration nécessaires à la sécurité du SI (sécurisation des locaux et des infrastructures) ne sont pas encore mises en œuvre.