



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER LE
VALMONT**

Domaine des rebatieres

Bp 16

26760 Monteleger

DÉCEMBRE 2015

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. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	24
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	30
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	38
ANNEXE	42

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 LE VALMONT - SITE DE MONTELEGER	
Adresse	Domaine des rebatieres 26760 Monteleger
Département / région	DROME / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	260003264	CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT	Domaine des rebatieres Bp 16 26760 Monteleger
Entité juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES
Etablissement de santé	260013693	CMP ADULTES & ENFANTS DIE -CH LE VALMONT	Maison reynaud Rue bouvier 26150 Die
Etablissement de santé	260019302	URGENCES PSYCHIATRIQUES	Quartier beausseret 26200 MONTELIMAR
Etablissement de santé	260006705	HDJ-CATTP-CMP ADULTES R. MAGRITTE - CH LE VALMONT	34 rue du 4 septembre 26000 Valence
Etablissement de santé	260017512	ANTENNE PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES DU CH DE VALENCE-CH LE VALMONT	179 boulevard marechal juin 26000 Valence
Etablissement de santé	260013669	CMP ENFANTS DU CRESTOIS - CH LE VALMONT	Espace beranger 7 rue du lieutenant prunet 26400 Crest
Etablissement de santé	260013636	CMP ADULTES LIVRON - CH LE VALMONT	2 rue madier de montjeau 26250 Livron Sur Drome

Etablissement de santé	260013719	CMP ADULTES DIEULEFIT - CH LE VALMONT	Place du champ de mars Hopital local 26220 Dieulefit
Etablissement de santé	260019328	EQUIPE MOBILE-PRECARITE- PSYCHOSOCIAL ALLEX - CH LE VALMONT	Chateau pergaud 26400 ALLEX
Etablissement de santé	260017488	CMP ENFANTS N.POUSSIN - CH LE VALMONT	28 rue jules massenet 26000 Valence
Etablissement de santé	260017504	MAISON DES ADOLESCENTS - CH LE VALMONT	201 boulevard marechal juin 26000 Valence
Etablissement de santé	260013602	CMP ADULTES B.CATHELIN - CH LE VALMONT	10 place rimbaud 26000 Valence
Etablissement de santé	260000823	CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT - SITE DE MONTELEGER	Domaine des rebatieres Bp 16 26760 Monteleger
Etablissement de santé	260019310	CENTRE DE REHABILITATION SOCIALE VALENCE	418 avenue victor hugo 26000 VALENCE
Etablissement de santé	260005277	HDJ-CATTP ADULTES LE THEATRE	4 place du theatre 26200 Montelimar
Etablissement de santé	260013644	CMP ENFANTS LIVRON - CH LE VALMONT	74 avenue leon aubin 26250 Livron Sur Drome
Etablissement de santé	260014378	HDJ/CMP CLAUDE VIALLAT - CH LE VALMONT	44 avenue henri rochier 26110 NYONS
Etablissement de santé	260019286	UNITE SANITAIRE DE NIVEAU 1 - MAISON D'ARRET DE VALENCE	79 avenue de chabeuil 26000 VALENCE
Etablissement de santé	260010012	USLD CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT	Domaine des rebatieres C.h.s. le valmont 26760 Monteleger

Etablissement de santé	260017553	CMP ADULTES	28 rue andre ducatez 26200 Montelimar
Etablissement de santé	260017520	CATTP-CMP ADULTES M.BARCELO- CH LE VALMONT	Espace beranger 7 rue du lieutenant prunet 26400 Crest
Etablissement de santé	260017538	CMP/CATTP ADULTES LEONARD DE VINCI	2 ter rue leonard de vinci 26700 Pierrelatte
Etablissement de santé	260013628	CMP ENFANTS PORTES - CH LE VALMONT	15 rue pasteur 26800 Portes Les Valence
Etablissement de santé	260013743	CMP ADULTES BUIS LES BARONNIES- CH LE VALMONT	Hoptial local Jonchier 26170 Buis Les Baronnies
Etablissement de santé	260017728	CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT - SITE MONTELMAR	Quartier beusseret Route du crest bp 249 26200 MONTELMAR
Etablissement de santé	260019294	CMP GERONTO- PSYCHIATRIQUE - CH LE VALMONT	1 rue coucourdier 26200 Montelimar

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	211	46
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	26
SLD	SLD	33	/

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 :

- de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Reserve

Management de la qualité et des risques

Obligations d'amélioration

Parcours du patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Droits des patients

Dossier patient

3. Suivi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur l'ensemble de ses réserves dans un délai de 6 mois.

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans les 2 mois précédant la visite, indiquant les actions correctives conduites sur la ou les réserve(s) et sur la ou les obligation(s) d'amélioration définie(s) dans le rapport. Au terme de l'analyse de ce compte qualité, la HAS établit le programme de la visite de suivi.

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
Prise en charge de la douleur
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	HC Psy adulte (Site Monteléger)	/	programmé	complexe	Santé mentale
2	Adulte	HDJ Psy adulte (HDJ-CATTP-CMP ADULTES R. MAGRITTE)	/	programmé	simple	Santé mentale
3	Enfant/ado	HDJ Psy infanto-juvénile (Site Monteléger)	/	programmé	simple	Santé mentale
4	personne âgée	USLD	/	programmé	complexe	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

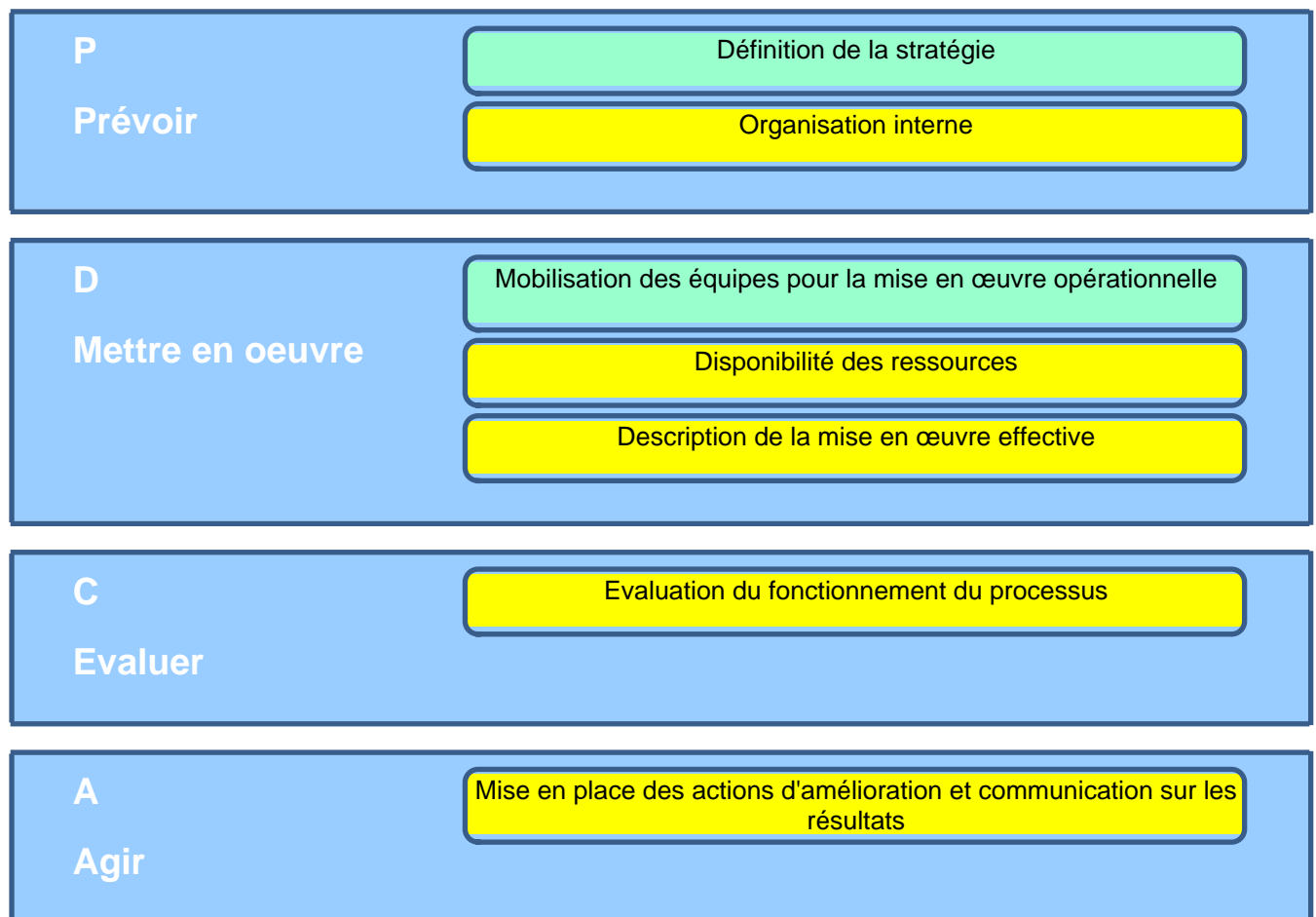
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de la qualité et de la gestion des risques datant de 1995, actualisée en 2014 qui intègre les orientations nationales, régionales et territoriales de santé publique, ainsi que les axes d'amélioration issus des démarches d'analyse a priori et a posteriori. La politique d'EPP a été rédigée en 2012, elle participe à la déclinaison de la politique de Développement Professionnel Continu de l'établissement. La politique de la qualité et de la gestion des risques, validée par la CME et la CSIRMT, est déclinée dans un programme d'action formalisé autour de six axes stratégiques : le respect des droits du patient, la qualité de la prise en charge, la sécurité et la gestion des risques a posteriori et a priori, le management durable, l'évaluation et la recherche de la performance à travers les indicateurs institutionnels et nationaux et la fiabilisation des outils de communication interne et externe. Le plan d'actions qualité institutionnel est l'agrégation des divers plans d'actions des groupes qualité et prévention des risques. Les modalités de la mise en œuvre des plans d'actions qualité sont posées en termes d'actions, de responsable, d'échéances et de modalités de suivi. Cependant, ce programme qualité gestion des risques ne comprend pas d'objectifs mesurables. Ainsi, les objectifs ne sont pas assortis d'indicateurs, validés par la direction, déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité. Les représentants d'usagers, au sein des différentes instances et groupes de travail, sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique notamment dans le cadre de la CRUQPC.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels de l'UCOVIRIS (Unité de Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires). L'UCOVIRIS est rattachée au pôle médico-technique dont le chef de pôle est pharmacien et coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins. Le directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques est le référent administratif de ce même pôle. Ce sont les deux pilotes institutionnels du processus de management de la qualité et des risques. La mission des référents hygiène a été progressivement étendue au domaine de la qualité et gestion des risques. Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Une procédure de gestion des événements indésirables est portée à la connaissance des personnels. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Les plans d'urgence de l'établissement sont établis et diffusés. Il existe un système de gestion documentaire sur le réseau interne. Toutefois, la gestion des interfaces entre les instances en charge des sujets qualité et gestion des risques n'est pas organisée formellement pour faciliter la concertation. En effet, les structures de pilotage sont multiples et l'articulation entre l'ensemble des structures en charge des sujet en lien avec la qualité et la gestion des risques n'est pas structurée :

- une sous-commission qualité sécurité des soins,
- une sous-commission EPP. Le règlement intérieur de l'établissement définit les attributions de cette structure. Elle est chargée au moyen de réunions mensuelles de déterminer le programme des EPP pour l'établissement, de réaliser un bilan de l'existant, d'assurer une cohérence entre les démarches entreprises et de faire le lien avec la CME.
- un COPIL Qualité Risques, centré historiquement sur la validation de protocoles et procédures,
- l'UCOVIRIS qui intervient à la fois dans le pilotage et dans le management opérationnel de la démarche. Les professionnels opérationnels de l'UCOVIRIS ont donc récemment pris leur fonction et n'ont pas bénéficié du relais nécessaire à une continuité des actions.
- le COVIRIS, plus récemment mis en place, dont les missions sont en cours de redéfinition.
- l'équipe Qualité Gestion des Risques, en cours de reconfiguration en raison d'un départ en retraite du précédent responsable qualité gestion des risques en juin 2015.

Un professionnel de l'UCOVIRIS est présent sur chacun des groupe qualité et prévention des risques afin d'assurer la coordination des travaux. La structuration actuelle est identifiée dans le compte qualité comme peu lisible et constitue donc une action prioritaire du processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'actions opérationnels est réalisée par les différents groupes qualité et prévention des risques qui mobilisent des professionnels de terrain. Un professionnel de l'UCOVIRIS est présent sur chacun des groupe qualité et prévention des risques afin d'assurer la coordination des travaux. Par ailleurs, les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels à la démarche qualité en dispensant des informations régulières sur les nouvelles procédures qualité. Le management de proximité s'assure de la conformité des pratiques par le contrôle

de la traçabilité dans le dossier patient s'agissant de la douleur, de l'IMC ou encore de la validation de l'administration médicamenteuse. Toutefois, les responsables sensibilisent insuffisamment les professionnels sur le signalement des événements indésirables. Par exemple, la majorité des signalements des événements indésirables porte sur les effectifs et les dysfonctionnements liés à l'orientation des patients. Un certain nombre de professionnels de terrain n'ont pas acquis le réflexe du signalement lié aux soins. La promotion du bon usage de l'erreur n'est pas un message institutionnel régulièrement porté par l'ensemble du management des services. Favoriser l'implication de l'encadrement dans la communication sur la culture sécurité des soins au sein des pôles constitue un des objectifs du projet de soins 2016-2020. Ce dernier prévoit la mise en place de référents cadres qualité-gestion des risques dans toutes les unités ainsi que sur le site de Saint-Vallier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le dispositif de gestion documentaire est connu et utilisé par les professionnels de terrain. Un sommaire général propose des liens vers les documents et un bordereau de mise à jour des documents est tenu à jour et également mis à disposition des professionnels. Toutefois, la mise à disposition des documents n'est pas totalement fonctionnelle le classement proposé offre différents points d'entrée et l'accessibilité aux différents documents n'est pas facilitée en l'absence de moteur de recherche. Des classeurs non actualisés demeurent dans une unité du pôle Centre. Les documents mis en ligne dans les dossiers partagés de l'établissement ne sont pas signés : les originaux détenus à l'UCOVIRIS le sont, conformément à la procédure de rédaction et de gestion des documents. Des formations sont dispensées depuis 2011 sur les thématiques d'hygiène, qualité et gestion des risques : 131 personnes ont été formées en 2013 et 63 en 2015. Ces formations sont obligatoires pour les cadres et ouvertes aux autres catégories professionnelles. L'inscription des nouveaux arrivants est également privilégiée. Néanmoins, les professionnels concernés ne sont pas formés à l'analyse approfondie des causes. Des Retours d'Expérience ont été menées en COVIRIS (entre 2011 et 2014), mais les deux professionnels UCOVIRIS, qui ont récemment pris leur fonction, n'en ont pas réalisé depuis leur arrivée, attendant d'être formés. Les deux professionnels ont formulé la demande de formation. L'un d'eux est inscrit dans un master management du secteur social et de la santé, parcours hygiène et qualité des soins. Pour l'autre professionnel, une action de formation est programmée dans le plan et sera réalisée avant la fin de l'année. De plus, l'accompagnement des professionnels médicaux et soignants pour la mise en oeuvre de l'EPP n'est pas en place. Les personnels médicaux n'ont pas bénéficié de formation sur l'organisation du développement de l'EPP et sur les méthodes EPP.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion des plaintes et réclamations est opérationnelle. L'analyse des plaintes et réclamations est réalisée et intégrée à la démarche d'ensemble d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La coordination des dispositifs de vigilance, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est opérationnelle. La communauté médicale s'est centrée presque exclusivement sur la mise en place d'analyses de pratiques professionnelles dans la perspective d'une validation au titre du DPC. Cependant, les démarches EPP ne sont pas mises en oeuvre dans tous les secteurs d'activité. Les démarches EPP concernent principalement le pôle médico-technique. Seules 4 unités se sont engagées dans la mise en place de staffs protocolisés. Il n'y a pas de démarche EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et les démarches liées à la pertinence des soins sont aujourd'hui clôturées. Par ailleurs, la sous-commission EPP n'est pas active. Une cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est établie. L'évaluation a priori des risques professionnels est en cours. Toutefois, l'établissement n'a pas évalué les risques a priori pour l'ensemble de ses secteurs activités. Enfin, l'établissement n'a pas réalisé de test d'opérationnalité de ces plans d'urgence.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Bien que des évaluations ponctuelles soient réalisées, l'établissement n'assure pas régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés. Ainsi, il n'existe pas à ce jour de tableau de bord d'indicateurs permettant d'assurer un pilotage de la démarche qualité gestion des risques. Le suivi des plans d'actions des différents groupes qualité et prévention des risques n'est pas totalement assuré. La consolidation globale du plan d'actions institutionnel n'est pas effective pour l'ensemble des actions. Le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Cette démarche d'évaluation du processus est envisagée dans le cadre de la réorganisation territoriale au travers de la mise en place d'un système d'information décisionnel et d'une contractualisation interne avec les pôles cliniques et médico-techniques. L'établissement ne suit pas l'avancement et l'impact de ces démarches EPP. L'UCOVIRIS n'a pas la lisibilité du nombre de démarches réellement actives, la traçabilité des actions réalisées n'est pas exhaustive et le suivi de leur impact n'est pas réalisé. Les évaluations réalisées portent sur différentes thématiques telles que des enquêtes de satisfaction auprès des patients sur la restauration, l'évaluation continue des chutes chez le sujet âgé, le recueil des délais d'obtention de premier rendez-vous au CMP.

L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée annuellement sous la forme d'une enquête à jour donné, en sus de l'auto-administration via le questionnaire de sortie proposée en continu.

A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif d'amélioration continue. Le suivi formalisé des actions n'est pas assuré, ni la mesure de leur efficacité. Les recommandations formulées par la CRUQPC sont intégrées dans le plan d'action qualité global. Des actions d'amélioration ponctuelles sont mises en œuvre suite aux évaluations. Par exemple, la mise en place d'un Kit d'accueil sur l'ensemble de l'établissement en tenant compte des résultats de la mesure de satisfaction des patients et des résultats des indicateurs liés au dossier patient. Ce kit met notamment à disposition des professionnels paramédicaux une check-list admission. La mise en place d'une enquête à jour donné dans l'ensemble des secteurs de prise en charge au vu du faible retour des questionnaires de sortie est une autre illustration des actions d'amélioration mises en œuvre. Les actions d'amélioration ne sont pas toutes articulées avec le programme d'action institutionnel. Des modalités de diffusion des résultats sont en place telles que les points qualité dans le journal interne, les jeudis de l'information et les réunions mensuelles de l'encadrement sous la conduite de la direction des soins. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers. Ainsi, les résultats des IPAQSS sont diffusés en interne et en externe. Cette démarche d'amélioration continue est envisagée dans le cadre de la réorganisation territoriale au travers de la mise en place d'un système d'information décisionnel et d'une contractualisation interne avec les pôles cliniques et médico-techniques. Le futur projet d'établissement 2015-2020 propose une révision de la politique de la qualité et de la gestion des risques tenant compte de la recomposition de l'offre de soins sur le territoire Sud Ardèche Drôme. L'enjeu principal est l'intégration de deux cultures hospitalières différentes pour parvenir à une harmonisation des pratiques sur deux sites distants. Ainsi, deux autres axes viennent abonder la politique existante à savoir la qualité et la gestion des risques des fonctions logistiques et techniques et l'appropriation du projet qualité par les équipes sur le site de Valmont suite à la réorganisation territoriale. Le projet qualité 2015-2020 prévoit également la prise en compte des résultats de la quatrième itération de la certification.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	Des indicateurs visant à mesurer l'atteinte des objectifs ne sont pas déclinés à l'échelle de l'établissement et des secteurs d'activité. Le programme qualité gestion des risques ne comprend pas d'objectifs mesurables. Les objectifs ne sont pas assortis d'indicateurs, validés par la direction, déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité	2e
P / Organisation interne	PS	La gestion des interfaces entre les instances en charge des sujets qualité et gestion des risques n'est pas organisée formellement pour faciliter la concertation. Le pilotage du processus précisément n'est pas défini. Les structures de pilotage stratégique et opérationnelle sont multiples et l'articulation entre l'ensemble des structures en charge des sujet en lien avec la qualité et la gestion des risques n'est pas structurée. La structuration actuelle est identifiée dans le compte qualité comme peu lisible et constitue donc une action prioritaire du processus.	1e
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les responsables sensibilisent insuffisamment les professionnels sur le signalement des événements indésirables. La majorité des signalements des événements indésirables porte sur les effectifs et les dysfonctionnements liés à l'orientation des patients. Un certain nombre de professionnels n'ont pas acquis le réflexe du signalement. La promotion du bon usage de l'erreur n'est pas un message institutionnel régulièrement porté par l'ensemble du management des services. Favoriser l'implication de l'encadrement dans la communication sur la culture sécurité des soins au sein des pôles constitue un des objectifs du projet de soins 2016-2020. Ce dernier prévoit la mise en place de référents cadres qualité-gestion des risques dans toutes les unités ainsi que sur le site de Saint-Vallier.	8f
D / Disponibilité des ressources	NC	L'accompagnement des professionnels médicaux et soignants pour la mise en œuvre de l'EPP n'est pas en place. Les personnels médicaux n'ont pas bénéficié de formations sur l'organisation du développement de l'EPP et sur les méthodes EPP.	1f
	PS	Les professionnels concernés ne sont pas formés à l'analyse approfondie des causes. Les deux professionnels UCOVIRIS, qui ont récemment pris leur fonction, n'ont pas réalisé de CREX depuis leur arrivée, attendant d'être formés. Les deux professionnels ont formulé la demande de formation. L'un d'eux est inscrit dans un master management du secteur social et de la santé, parcours hygiène et qualité des soins. Pour l'autre professionnel, une action de formation est programmée dans le plan et sera réalisée avant la fin de l'année.	8f
	PS	La mise à disposition des documents n'est pas totalement fonctionnelle. Le classement proposé offre différents points d'entrée et l'accessibilité aux différents documents n'est pas facilitée par l'existence d'un moteur de recherche. Des classeurs non actualisés demeurent dans une unité du pôle Centre. Les documents mis en ligne dans les dossiers partagés de l'établissement ne sont pas signés : les originaux détenus à l'UCOVIRIS le sont conformément à la procédure de rédaction et de gestion des documents.	5c
D / Description de la mise en œuvre	NC	L'établissement n'a pas réalisé de test d'opérationnalité de ses plans d'urgence. A défaut de test, l'appropriation des procédure ne peut être évaluée.	8e

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
effective	NC	L'ensemble des secteurs ne met pas en œuvre de démarche EPP. La sous-commission EPP n'est pas active. Les démarches EPP concernent principalement le pôle médico-technique. Seules 4 unités se sont engagées dans la mise en place de staffs protocolisés. Il n'y a pas de démarche EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et les démarches liées à la pertinence des soins sont aujourd'hui clôturées.	28a
	PS	L'établissement n'a pas évalué les risques a priori pour l'ensemble des ses secteurs activités. Seule la cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est en place. L'évaluation a priori des risques liés aux soins n'a pas été réalisée et l'évaluation des risques professionnels est en cours.	8d
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	L'établissement ne suit pas l'avancement et l'impact de ces démarches EPP. L'UCOVIRIS n'a pas la lisibilité du nombre de démarches réellement actives, la traçabilité des actions réalisées n'est pas exhaustive et le suivi de leur impact n'est pas réalisé.	1f
	NC	L'établissement n'assure pas régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le suivi des plans d'actions des différents groupes qualité et prévention des risques n'est pas totalement assuré. De fait, la consolidation globale du plan d'actions institutionnel n'est pas effective pour l'ensemble des actions. Par ailleurs, Le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Il n'existe pas à ce jour de tableau de bord d'indicateurs permettant d'assurer un pilotage de la démarche qualité gestion des risques. Cette démarche est envisagée dans le cadre de la réorganisation territoriale au travers de la mise en place d'un système d'information décisionnel et d'une contractualisation interne avec les pôles cliniques et médico-techniques.	8a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif global d'amélioration continue du management de la qualité et de risques. Le suivi formalisé des actions n'est pas assuré, ni la mesure de leur efficacité. Les actions d'amélioration ne sont pas toutes articulées avec le programme d'action institutionnel.	8a

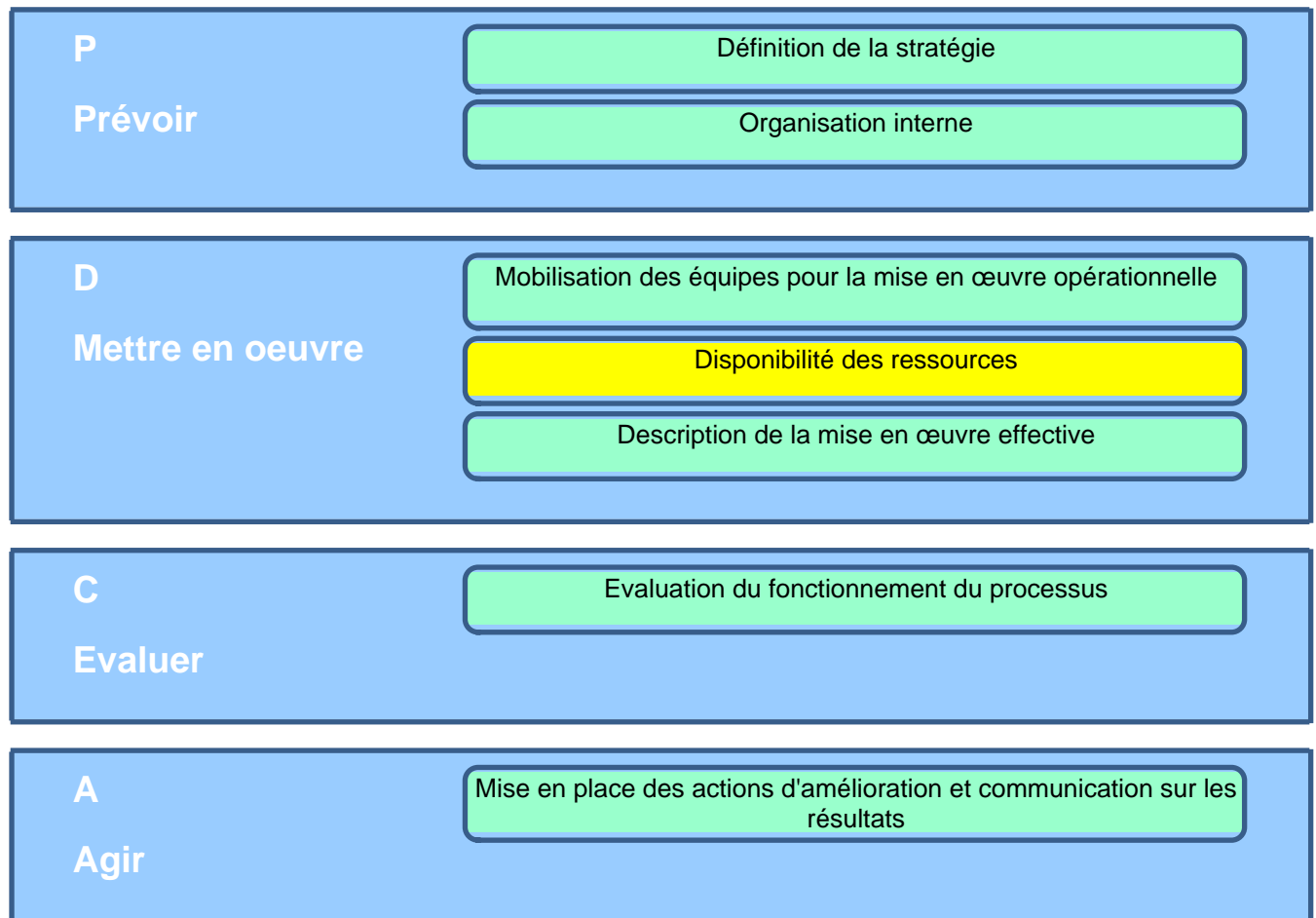
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique tient compte des évolutions réglementaires, notamment de la loi du 4 mars 2002 et de celle du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge modifiées par la loi du 27 septembre 2013. Cette politique a été validée par le COPILQGR en juillet 2014. Un chapitre est consacré au programme d'actions. Le programme d'actions d'amélioration de la qualité en matière de droits des patients liste les critères du Manuel de Certification de la HAS qui se rattachent à cette thématique, et précise les priorités, la hiérarchisation, les délais de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le COPIL QGDR en est le pilote, en lien avec la CRUQPC qui a pour principales missions de veiller au respect des droits et de contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients. Le règlement intérieur de la CRUQPC a été validé le 18 juin 2015 et contribue au pilotage de ce processus en rappelant les missions de cette instance et son champ de compétence. Les fiches de postes pour les personnels d'encadrement ne sont pas toutes actualisées et remontent pour certaines à plusieurs années. Les cadres rencontrés en unité d'accueil, en USLD, etc., ont précisé que leurs fiches de poste sont anciennes. L'actualisation de ces fiches de poste est en cours. Un Comité Éthique est en place et contribue à la définition de la politique relative aux droits des patients. Au regard des besoins et des sept risques principaux identifiés sur cette thématique, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Il existe un plan de formation annuel dans lequel figurent différentes actions en lien avec le respect des droits du patient (bienveillance, soins aux patients sans consentement, droit à l'information, etc.). Un processus a été élaboré pour préciser les parcours de prise en charge en fonction des pathologies et/ou des modalités d'admission (détenus, mineurs, hospitalisations sous contrainte, etc.). Un dispositif structuré et documenté sur la base de protocoles actualisés est en place et prévoit les différentes modalités d'hospitalisation en santé mentale, notamment les hospitalisations et soins sans consentement. Il existe un protocole de gestion des droits informatiques des professionnels et une Charte du bon usage des technologies de l'information. En revanche, le protocole de mise en contention des patients ne tient pas compte des règles de bonnes pratiques actualisées. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'organisation prend en compte l'impératif de respect de la confidentialité des informations relatives à la confidentialité des patients.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Une politique de communication institutionnelle (2014-2016) a été instaurée en septembre 2014, présentée en Directoire et en COPILQ, et est à l'origine de journées événementielles et de la mise à jour de différents supports à destination des usagers. Des réunions institutionnelles régulières sur les droits et information du patient sont organisées. Les sensibilisations se font notamment pendant les réunions de synthèses hebdomadaires et par les "Jeudis de l'information" institués une fois par mois par la direction depuis deux ans. Des sujets d'actualité sont abordés, comme par exemple les soins sans consentement. Les cadres de proximité et les cadres de pôles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin : à ce titre par exemple un "kit accueil" a été institué, reprenant check-list à faire à l'arrivée du patient, inventaire, remise du questionnaire de sortie et du livret d'accueil.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. 57 personnes ont été informées et 60 formées en 2014 sur le droit des usagers d'après le dernier rapport de la CRUQPC (2014). Depuis deux années, un juriste vient faire une formation/action de sensibilisation sur les droits des patients, en prenant en compte les évolutions juridiques. Cette formation est très suivie par les professionnels et va être reconduite. Un

colloque organisé par le Conseil Local de Santé Mentale de Valence, animé par les équipes du CH Le Valmont a réuni plus de 150 personnes en mars 2015 et a porté sur les soins sans consentement. La formation des professionnels aux règles de mise en contention n'est pas réalisée depuis plusieurs années et n'est pas inscrite au plan de formation 2015. Une Chambre d'audience du TGI est en place sur le site de Montéleger. Sur le plan institutionnel, il a été décidé de généraliser des panneaux d'affichage sécurisés dans toutes les unités, dans lesquels sont rappelés l'ensemble des droits des patients, ainsi que les modalités de saisine de la CRU et de son rôle. Ces éléments sont aussi largement présentés dans les livrets d'accueil de l'établissement (trois livrets différents pour tenir compte des spécificités de la santé mentale, de l'USLD, et de la Maison d'accueil spécialisée). Sur le site de Montélimar, les locaux sont adaptés aux différentes modalités de prise en charge (secteur ouvert, secteur fermé, chambres d'isolement thérapeutique...). Un inventaire exhaustif sur l'état des lieux du matériel de contention a été réalisé fin novembre 2013. Toutefois, sur le site de Montéleger, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité. Les locaux et équipements sont entretenus mais ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des patients et/ou des professionnels. Dans certaines unités, il persiste des dortoirs à trois lits qui rendent difficile le respect de l'intimité des patients et de leur dignité. Pour les soins d'hygiène, les personnels doivent s'adapter pour respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients. Les professionnels rencontrés dans les unités de soins visitées ont fait part de ces difficultés architecturales, en particulier sur le problème des douches et des WC, ainsi que sur les chambres à deux et surtout trois lits. Par exemple, les deux douches à l'étage dans l'unité d'USLD rendent difficiles le respect de l'intimité du patient au vu de leur configuration. Les représentants des usagers rencontrés ont soulevé ces problèmes d'intimité liés à la configuration des locaux, notamment pour les chambres à lits multiples. Ces difficultés sont connues de la direction et de l'encadrement. Le futur projet d'établissement (2015-2020) intègre un volet architectural. Dans l'attente, afin de respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients, dans les chambres doubles et les quelques chambres à trois lits, les soignants demandent aux autres patients de sortir lorsque cela est possible. Des paravents sont prévus et mis en place, en USLD, si les patients ne peuvent pas se lever.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. L'accueil du patient est personnalisé au regard de sa pathologie et des modalités de son admission (hospitalisation libre ou sous contrainte). Il sera orienté dans un deuxième temps sur une unité plus adaptée, en fonction des disponibilités en lits. Les équipes s'organisent au mieux, au regard des difficultés architecturales rencontrées, afin de permettre le respect des libertés individuelles. L'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est organisée, y compris en cas de dommage lié aux soins. La participation du patient, et si possible de son entourage, est recherchée par les équipes pluridisciplinaires afin de construire et mettre en œuvre un projet de soins personnalisé. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont connues par les professionnels rencontrés dans les unités de soins. Elles sont inscrites dans un protocole "Prévention des situations de maltraitance" toujours d'actualité. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, par les cadres de pôles, la direction des soins, le service qualité... La traçabilité en matière de recueil du consentement éclairé et du refus de soins éventuel est effective. Elle est essentiellement assurée dans le dossier du patient. Les comptes-rendus de la CRU rendent compte également de l'effectivité de ces informations.

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 : rapport d'activité annuel; recueil et analyse des réclamations portés à la connaissance de la CRU, rapport de la CRU. La mise en place d'actions d'évaluation est une priorité institutionnelle, confirmée par la direction, les pilotes du processus dont la Présidente de la CME, les équipes et les représentants des usagers rencontrés. La satisfaction des patients est évaluée régulièrement par les questionnaires de sortie et par l'analyse des plaintes et réclamations. Ces évaluations intègrent le respect des droits des patients, notamment en terme d'intimité et de respect de la dignité, de confidentialité, etc.

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. Les modalités de suivi sont précisées dans le PAQ. Afin d'améliorer le recueil de la satisfaction du patient, outre le "kit accueil", des enquêtes "une semaine donnée" ont été instituées et permettent un retour plus important du nombre de questionnaires renseignés. Celui-ci a été multiplié par quatre au cours du premier trimestre 2015. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les résultats des indicateurs (satisfaction, délais de transmission des dossiers, nombre de signalements

d'incidents, nombre de kit accueil exploités, etc.) sont communiqués en interne, auprès des professionnels par le biais des instances, comme en externe auprès des usagers et de leurs représentants. Les comptes-rendus de la CRU sont présentés devant les membres des instances de l'établissement (CME, CTE, Conseil de Surveillance, CSIRMT). Le rapport annuel de la CRU est également transmis à l'ARS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	La mise en oeuvre des contentions n'est pas organisée dans un protocole actualisé. Le protocole de mise en contention des patients date de 2007 et ne tient pas compte des règles de bonnes pratiques actualisées.	10a
	PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste actualisées. Les fiches de postes pour les personnels d'encadrement ne sont pas toutes actualisées ; certaines remontent à plusieurs années. Les cadres rencontrés en unité d'accueil, en USLD, etc. ont précisé que leurs fiches de poste sont anciennes. L'actualisation de ces fiches de poste est en cours.	1d
D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité. Les locaux et équipements sont entretenus mais ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des patients et/ou des professionnels. Dans certaines unités, il persiste des dortoirs à trois lits qui rendent difficile le respect de l'intimité des patients et de leur dignité. Les professionnels rencontrés dans les unités de soins visitées ont fait part de ces difficultés architecturales, en particulier sur le problème des douches et des WC, ainsi que sur les chambres à deux et surtout trois lits. Par exemple, les deux douches à l'étage dans l'unité d'USLD rendent difficiles le respect de l'intimité du patient au vu de leur configuration. Les représentants des usagers rencontrés ont soulevé ces problèmes d'intimité liés à la configuration des locaux, notamment pour les chambres à lits multiples. Ces difficultés sont connues de la direction et de l'encadrement. Le futur projet d'établissement (2015-2020) intègre un volet architectural. Pour les soins d'hygiène, les personnels doivent s'adapter pour respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients. Afin d'essayer de respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients, dans les chambres doubles et les quelques chambres à trois lits, les soignants demandent aux autres patients de sortir lorsque cela est possible. Des paravents sont prévus et mis en place, en USLD, si les patients ne peuvent pas se lever.	10b
	NC	Les professionnels ne sont pas formés aux règles de mise en contention. La formation des professionnels aux règles de mise en contention n'est pas réalisée depuis plusieurs années et n'est pas inscrite au plan de formation 2015.	8d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

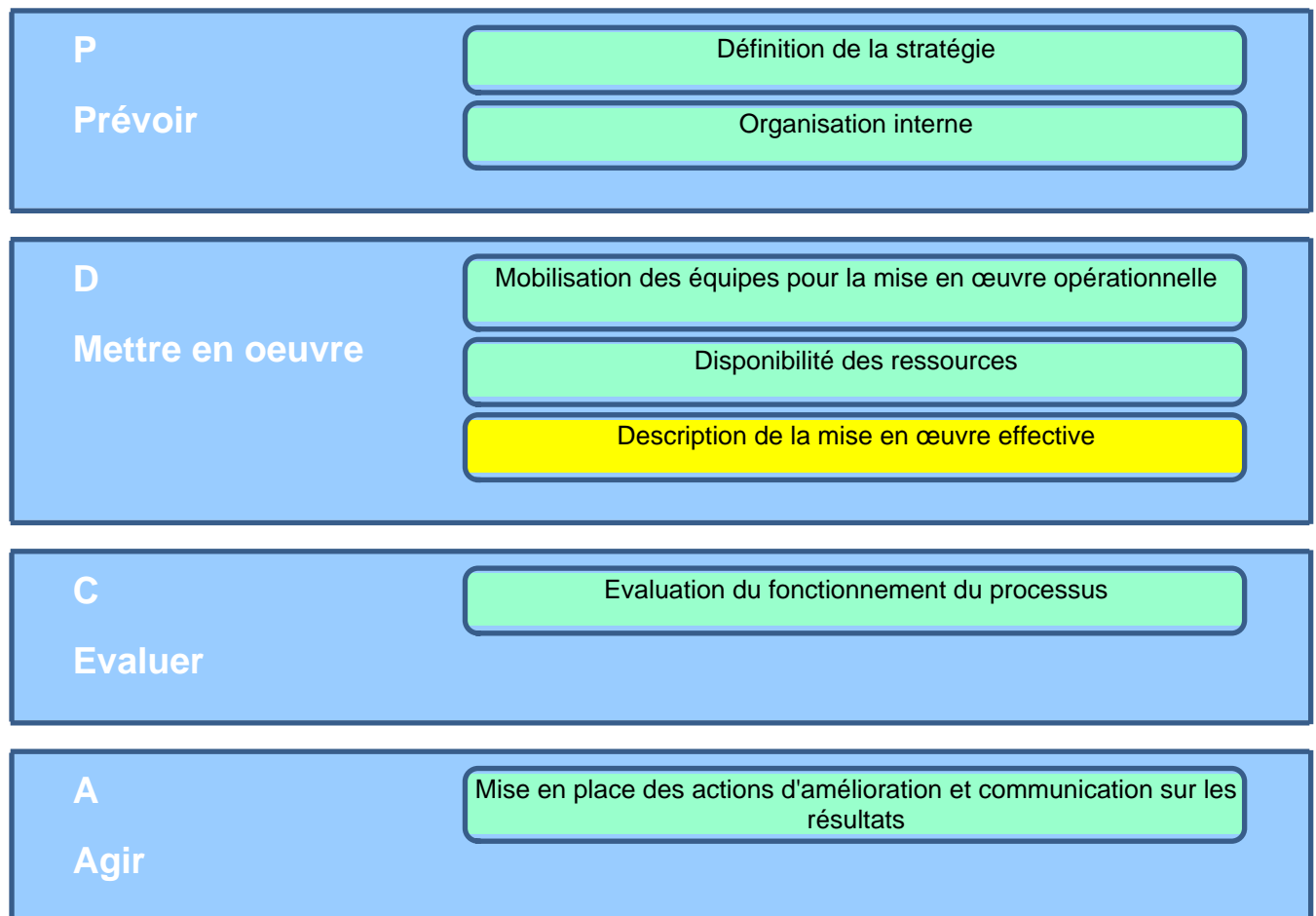
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Une politique relative au parcours du patient a été formalisée dans le nouveau projet médical 2015-2020 qui vient d'être validé en instances. Le projet médical prévoit une recomposition de l'offre de soins psychiatriques de la Drôme et de l'Ardèche afin de prévoir un parcours de soins lisible et coordonné avec des objectifs définis répondant aux besoins de la population au niveau territorial. Une évaluation de l'offre sanitaire prenant en compte l'évolution socio-démographique et les déterminants de santé publique a été réalisée pour déterminer une offre de soins graduée et de qualité pour le patient tout au long de sa trajectoire de soins. Par ailleurs, au regard des besoins de la population et des pathologies spécifiques, l'établissement a identifié les risques pour les différentes étapes du parcours du patient tant en intra qu'en extra hospitalier, notamment au niveau du Compte Qualité et sur le plan de la méthodologie pour l'élaboration du nouveau projet médical. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est en cours de validation et décline la mise en œuvre du projet médical au niveau du parcours patient. Cette politique a été validée en commission médicale d'établissement en juin 2015. L'établissement envisage un renforcement des soins de proximité, avec la volonté de réduire les durées de séjours des patients et en limitant le recours à l'hospitalisation complète au niveau du parcours du malade. Un programme d'actions a priorisé cinq axes stratégiques : développer et consolider l'offre de soins de proximité, moderniser l'hospitalisation à temps complet, améliorer les filières d'aval, s'inscrire dans une vision territoriale pour certaines activités et développer les partenariats. Le programme d'amélioration continue de la qualité est présenté et validé dans les différentes instances conformément à la réglementation et en réunions d'encadrement soignant. La prise en charge nutritionnelle des patients a été identifiée comme axe d'amélioration dans le compte qualité et un plan d'actions a été validé en collaboration avec le CLAN. Les objectifs de la réorganisation de l'offre de soins ont été communiqués en instances avec un plan d'action opérationnel pour 2016 avec une volonté de diminuer les lits d'hospitalisation complète, d'une part, et, d'autre part, d'augmenter les actes ambulatoires de 25% dans les cinq années à venir.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter la thématique du parcours du patient : le directeur, la présidente de la CME et le directeur des soins. Un coordonnateur des risques associé aux soins a été nommé en 2012. Au niveau des pôles médico-cliniques, enfant-adolescents, adultes, de réhabilitation psycho-sociale et médico-technique, les chefs de pôles, avec les cadres supérieurs de santé les assistant pour la gestion au niveau du parcours des patients, ont été nommés. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste et/ou de mission pour les professionnels concernés. Les fiches de postes sont en cours d'actualisation pour tous les métiers relevant de la direction des soins et des fiches missions ont été rédigées pour les praticiens hospitaliers. Toutefois, les fiches de poste des cadres de santé assistant les médecins chefs de pôle n'ont pas été actualisées. Les fiches missions des praticiens hospitaliers sont formalisées mais ne prennent pas en compte toutes les zones de responsabilité des pôles cliniques. Enfin, les contrats de pôles ne sont pas signés. Un renouvellement des chefferies de pôles est programmée en 2015. Une note de service, signée du directeur, priorise annuellement les axes prioritaires du développement professionnel continu des auxiliaires médicaux afin de maintenir et de renforcer les compétences professionnelles pour la prise en charge des patients. L'établissement dispose d'un système de gestion documentaire informatisé et l'acquisition d'un nouveau logiciel métier est également programmé. De nombreuses conventions ont été signées avec les partenaires qui interviennent au niveau des parcours des patients. Une procédure d'admission a été formalisée afin de définir les différentes modalités d'accueil et de prise en charge des patients. Déclinée en logigrammes, elle décrit le circuit des admissions des patients qu'ils soient en hospitalisation libre ou hospitalisés sans leur consentement. Un système de gardes et astreintes au niveau médical mais aussi au niveau de l'encadrement soignant est en place. La prise en charge des urgences vitales est organisée en intra-hospitalier et l'équipe de sécurité est aussi formée pour aider les professionnels à prendre en charge les patients. Un protocole complémentaire concernant les prestations psychiatriques dispensées aux patients détenus d'un établissement pénitentiaire par un secteur de psychiatrie générale a été formalisé. La sortie du patient est organisée et une procédure relative à la rédaction du compte-rendu d'hospitalisation a été élaborée. Un pôle de réhabilitation psycho-sociale a défini les modalités d'admission des patients afin de prévenir l'évolution du handicap psychique et d'orienter les patients vers des activités de soins correspondant à ses troubles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque pôle d'activité administratif, soins et médico-technique organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont associés pour mettre en place l'organisation des parcours de soins et la prise en charge des patients tant en intra qu'en extra-hospitalier. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés du parcours du patient tout au long de sa prise en charge par des actions de communication institutionnelles et des informations régulières, notamment en réunion d'encadrement soignant. Le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles. Des actions correctives ont été identifiées et sont intégrées dans le compte qualité : risque suicidaire, examen somatique, indicateurs IQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des pôles et répondent aux besoins et aux spécificités des patients pris en charge sur l'établissement en lien avec l'activité. Une équipe mobile de psycho-gériatrie permet de coordonner les prises en charge du sujet âgé ayant des troubles psychiatriques. L'établissement dispose par ailleurs d'une unité de soins de long séjour de 32 lits sur le site de Montéléger. De même, une équipe mobile de psychiatrie en direction des personnes en situation de précarité est rattachée à un CMP de Valence. Une note de service, signée du directeur, priorise les actions de formation chaque année et sont intégrées dans le plan initial de formation continue. Une mallette d'urgence est disponible dans chaque unité de soins d'hospitalisation complète, mais la formation des infirmières relative au maintien des compétences relative à la prise en charge des urgences vitales n'est pas systématiquement actualisée. Une gestion documentaire permet aux professionnels d'accéder aux documents utiles à leur exercice et des documents sont également mis à la disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque pôle met en oeuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des deux pôles adultes, de réhabilitation psycho-sociale, de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile et du pôle médico-technique. L'établissement assure la coordination des professionnels et des compétences nécessaires pour garantir la continuité et la sécurité des soins. Une évaluation initiale de l'état de santé du patient est systématiquement réalisée. En pédopsychiatrie, un projet de soins personnalisé papier existe. En revanche, le projet de soins personnalisé n'est pas systématiquement formalisé, dans le dossier patient, au niveau des services d'hospitalisation adulte. Cependant, l'évaluation initiale du patient ne comprend pas toujours un volet somatique. En effet, l'évaluation somatique médicale du patient est réalisée mais souvent à distance de la date d'entrée. Des objectifs de soins sont fixés en équipe pluridisciplinaire lors des réunions de synthèse régulières. Dans le dossier patient papier des supports existent, notamment en pédopsychiatrie, afin de définir un projet thérapeutique individualisé pour le patient. Une concertation pluriprofessionnelle permet une prise en charge multidisciplinaire du patient. La collaboration avec les différents secteurs d'activité est opérationnelle, notamment avec le pôle médico-clinique et avec les partenaires extérieurs. La coordination entre les professionnels internes et externes est effective et tracée dans le dossier du patient. En extra-hospitalier, le recours au SAMU et/ou aux pompiers est réalisé en cas de détresse cardio-respiratoire. Des actions d'éducation pour la santé sont menées à destination des patients et un retour d'expérience sur l'atelier culinaire a été réalisé lors de la semaine nationale sur la sécurité des patients en 2014. Des programmes d'éducation thérapeutique ont été formalisés et sont en cours de signature pour autorisation au niveau de l'ARS. Les personnes âgées sont hospitalisées dans la filière adulte. Les patients détenus sont hospitalisés systématiquement dans des chambres d'isolement thérapeutique ne leur permettant pas d'accéder à des activités de soins à visée thérapeutique. Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas transmis aux médecins adresseurs dans le délai réglementaire.

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. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été évalué en grande partie pour les actions relatives au parcours du patient. Des évaluations ciblées sur le parcours du patient comme l'accueil en CMP ou l'organisation de la régulation des admissions et des mutations entre les unités et les pôles sont réalisées. L'établissement a renseigné le Compte Qualité en 2014 dont les actions prioritaires définies seront évaluées en fonction du calendrier déterminé.

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

Le centre hospitalier Le Valmont, ouvert en 1976 pour le site de Montéleger, et en 2009 pour le site de Montélimar a prévu de regrouper son activité de soins en temps complet sur un seul site avec un projet architectural à moyen terme. Des actions prioritaires ont été identifiées afin d'améliorer le parcours de soins du malade, notamment sur la prise en charge somatique, le risque suicidaire, les troubles nutritionnels et le dossier patient informatisé. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Au niveau des ressources humaines, une nouvelle répartition des effectifs en fonction des lieux de prise en charge en temps plein et en ambulatoire a été envisagée, aussi bien pour les personnels médicaux que non médicaux. Le circuit des résultats des examens d'analyses biologiques a été récemment amélioré. Un groupe de travail a été mis en place pour définir de nouvelles modalités, voire la validation d'outils d'évaluation du risque au niveau institutionnel, afin de mieux prendre en compte la prévention du risque suicidaire des malades. La mise en place d'un système d'information décisionnel est prévu pour formaliser des tableaux de bord institutionnels afin de suivre les indicateurs au sein des pôles. Le journal interne permet une large diffusion des actions d'amélioration et de la communication des résultats des indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge du patient. La direction de l'information médicale communique trimestriellement sur l'activité à destination des pôles. La direction de la qualité transmet également le suivi des actions réalisées suite au bilan des événements indésirables, tout particulièrement associés aux soins. Un pôle médico-clinique adulte a développé la mise en oeuvre de suivi d'indicateurs afin d'améliorer le parcours du patient. La communication des résultats des indicateurs IPAQSS est réalisée, en interne et en externe. Le bilan d'activité annuel 2014 de l'établissement est également formalisé de manière synthétique afin de communiquer notamment sur la thématique du parcours du patient.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les fiches de postes et de mission sont en cours d'actualisation pour le pilotage des pôles cliniques. Les fiches de poste des cadres de santé assistant les médecins chefs de pôle n'ont pas été actualisées. Les fiches missions des praticiens hospitaliers sont formalisées mais ne prennent pas en compte toutes les zones de responsabilité des pôles cliniques.	3a
D / Disponibilité des ressources	NC	La formation des professionnel à la prise en charge des urgences vitales n'est pas régulièrement assurée. La formation des infirmières relative au maintien des compétences relative à la prise en charge des urgences vitales n'est pas systématiquement actualisée.	18b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les patients détenus sont hospitalisés systématiquement dans des chambres d'isolement thérapeutique. Les patients détenus ne peuvent pas accéder à des activités de soins à visée thérapeutique puisqu'ils sont hospitalisés systématiquement dans des chambres d'isolement thérapeutique. Neuf patients détenus ont été hospitalisés en 2014 en chambre d'isolement thérapeutique.	19a
	NC	Un projet personnalisé de soin n'est pas toujours élaboré avec les professionnels concernés. Le projet de soins personnalisé n'est pas systématiquement formalisé au niveau des services d'hospitalisation adulte dans le dossier patient.	17a
	NC	Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas transmis aux correspondants externes dans les délais réglementaires. Les délais d'envoi du dossier du patient ne sont pas conformes à la réglementation (Loi du 4 mars 2002). Le rapport de la CRU 2014 précise une moyenne à 21 jours et un maximum à 97.	24a
	NC	L'évaluation initiale du patient ne comprend pas toujours un volet somatique. L'évaluation somatique médicale initiale du patient est réalisée mais souvent à distance de la date d'entrée. Le compte qualité a identifié ce risque.	17b

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

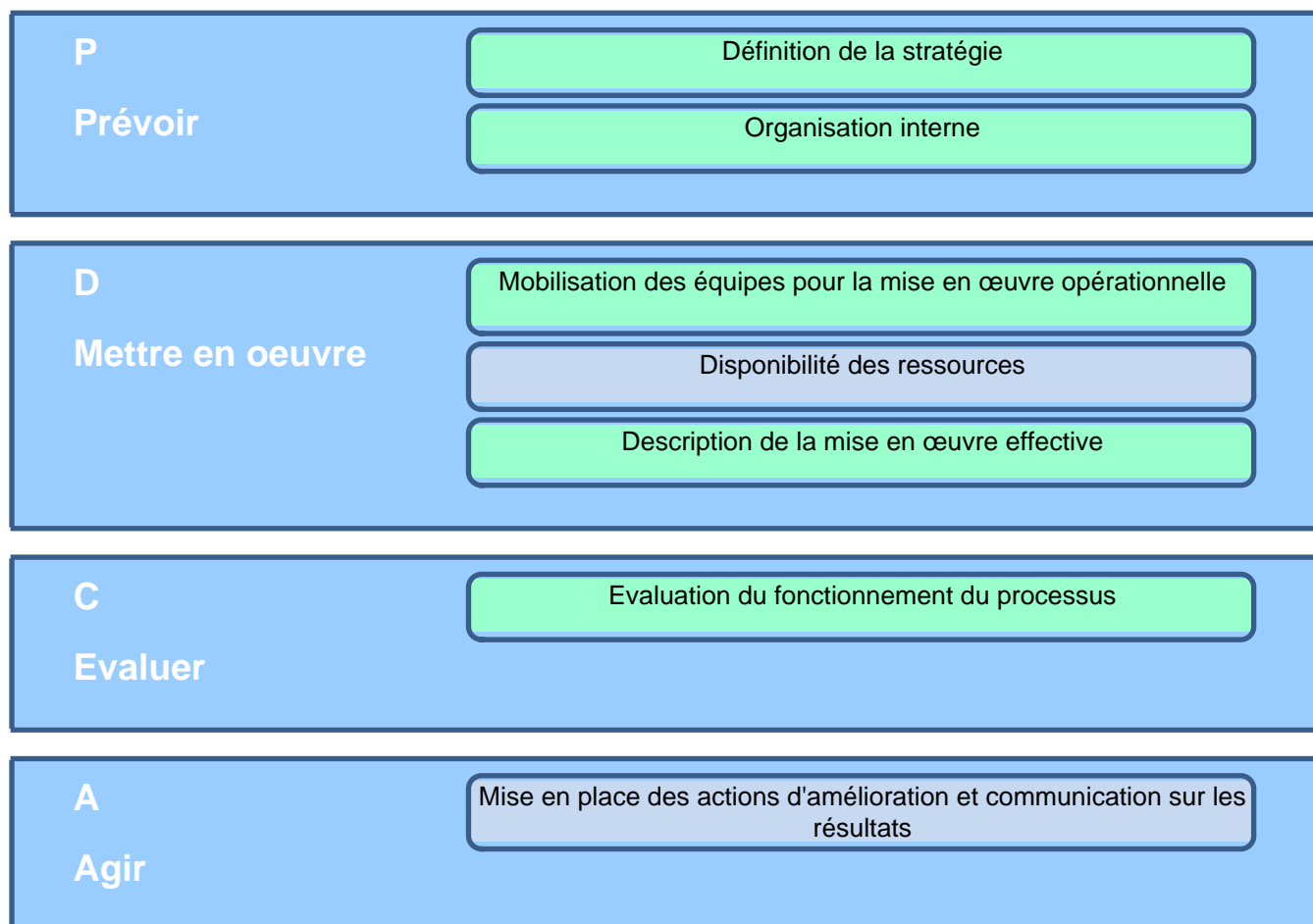
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs pour la prise en charge de la douleur, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement : santé mentale, pédopsychiatrie, USLD notamment. Cette stratégie de prise en charge de la douleur se fait en concertation avec le CLUD. Cette politique est déclinée dans un programme d'action quant à lui formalisé et priorisé. Des éléments de politique institutionnelle sur cette thématique sont déclinés dans les livrets d'accueil du patient.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Ce processus de prise en charge de la douleur est précis et est initié dès l'admission du patient et jusqu'à sa sortie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Chaque acteur de la prise en charge est identifié. Au regard des besoins et risques identifiés, par exemple patient communicant ou non communicant, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Ces ressources sont adaptées. Les protocoles analgésiques sont issus de recommandations de bonnes pratiques adaptées au champ spécifique de la santé mentale et de la gériatrie-psychiatrie. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Cette gestion est assurée essentiellement par un binôme IDE coordonnatrice douleur et Pharmacienne responsable douleur et présidente du CLUD. Des réunions sont organisées avec les cadres et la CSIRMT et avec l'ensemble des référents douleur.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Des actions spécifiques sont conduites en fonction de la typologie des patients, de leurs âges, de leurs besoins et attentes. Les responsables, Présidente du CLUD et IDE coordonnatrice notamment, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les actions de sensibilisation sur la prise en charge de la douleur entre 2011 et 2014 ont touché plus de 200 professionnels, avec une montée en charge constante. Des actions de communication régulières sont effectuées auprès des professionnels, lors des réunions de cadres, de journées de sécurité des patients, de journées des correspondants en hygiène, de journées spécifiques sur la prise en charge de la douleur, à destination des professionnels et des patients. Des articles sont aussi publiés sur le journal interne, le "Valmonjoie" à parution trimestrielle. Les responsables s'assurent 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.) : dans ces situations des actions de sensibilisation et de formation sont effectuées, les protocoles revus et/ou adaptés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une quarantaine de référents douleur sont identifiés. Ils sont sensibilisés et/ou formés. L'IDE coordonnatrice est titulaire d'un DU Douleur depuis 2012. Plusieurs personnels ont été formés à des techniques de prise en charge non médicamenteuses de la douleur, comme le "Toucher-massage" et ont obtenu une certification ; d'autres ont été initiés à ces techniques. L'établissement a été agréé ODPC sur la base d'une formation à la prise en charge de la douleur : 19 personnes ont validé un programme DPC en 2014, 16 déjà en 2015 pour le premier semestre. Du matériel spécifique a été acheté, un chaise de massage notamment et des salles dédiées sont disponibles dans certaines unités. La documentation est accessible dans toutes les unités et elle est actualisée. Des malles CLUD pour la prise en charge de la douleur sont à disposition des équipes dans toutes les unités de soins. Elles contiennent des informations sur le CLUD, les processus de prise en charge de la douleur, sa physiopathologie, les modalités de son évaluation avec les différents outils disponibles, les moyens thérapeutiques et un livret pour le patient. Les moyens d'évaluation de la douleur sont connus et sont adaptés aux patients. Différents outils sont utilisés en fonction des patients: EVA, DOLOPLUS, ALGOPLUS (pour les patients non communicants), Horloge de la douleur, schéma corporel... Les protocoles sont actualisés et font référence aux recommandations actuelles, de la HAS notamment.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes unités de prise en charge des patients connaissent et mettent en œuvre les organisations

prévues pour le fonctionnement et le management internes de cette thématique. Les protocoles sont connus des équipes rencontrées et sont opérationnels. Des enquêtes d'appropriation des outils par les professionnels ont été conduites en 2012 et 2013: 60 % des personnes interrogées avaient connaissance des outils en 2013. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, le lien étant réalisé par la coordinatrice douleur et la pharmacienne présidente du CLUD. Des actions d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur sont réalisées. L'IDE coordonnatrice est intervenue à deux reprises en 2014 sur des prises en charge difficiles. Des journées de sensibilisation annuelles sont mises en place, avec Quiz pour les patients, livrets explicatifs, etc. La traçabilité est assurée.

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 (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'évaluation est périodique, tracée dans le DPI. Les rapports d'activité du CLUD (2012, 2013, 2014 ont été fournis) font état de ces évaluations et du suivi des actions réalisées ainsi que des objectifs à venir. En mars 2015, une évaluation sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur a été réalisée, à partir de 25 dossiers tirés au sort par le DIM pour chacun des pôles (échelle établie à partir des IPAQSS MCO). Une revue de pertinence a été réalisée en 2011. Des enquêtes de traçabilité des évaluations de la douleur et de son soulagement ont été réalisées en 2012 et 2013. Le suivi se fait désormais sur le DPI, à partir de fiches spécifiques élaborées par la Pharmacienne et la coordinatrice douleur. Deux enquêtes ont été réalisées à ce jour pour l'année 2015. L'évaluation de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur est réalisée sur support papier lors des transmissions ciblées et dans le DPI. L'analyse du questionnaire de satisfaction des patients, une fois par an, permet également de rendre compte de cette évaluation. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

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. Le partage d'expériences est recherché et favorisé comme, par exemple, le travail en collaboration avec le Centre anti-douleur du CH de Valence, avec l'hôpital Saint Egrève et l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Lyon. Le travail en réseau est ancré dans cette dynamique, l'établissement intégrera un inter-CLUD dès septembre 2015. Un travail en réseau se fait également avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Valence, qui intervient sur demande du médecin, après discussion en équipe pluridisciplinaire. L'unité de géronto-psychiatrie (USLD) travaille régulièrement avec l'EMSP du CH de Valence depuis deux ans. Plusieurs actions d'amélioration ont d'ores et déjà été réalisées: recours aux méthodes non médicamenteuses, formations régulières des référents, etc. Des projets, bien avancés, sont également envisagés: diffusion de la mallette en extra hospitalier, transmission ciblées dans le DPI avec intégration de la cible douleur, mise en place du MEOPA (mélange protoxyde d'azote, oxygène) pour la prise en charge de certains patients comme par exemple pour l'extraction dentaire, etc. Des supports (mallette douleur par exemple) et des modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers: journal interne, réunions de cadres, journées thématiques, etc.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

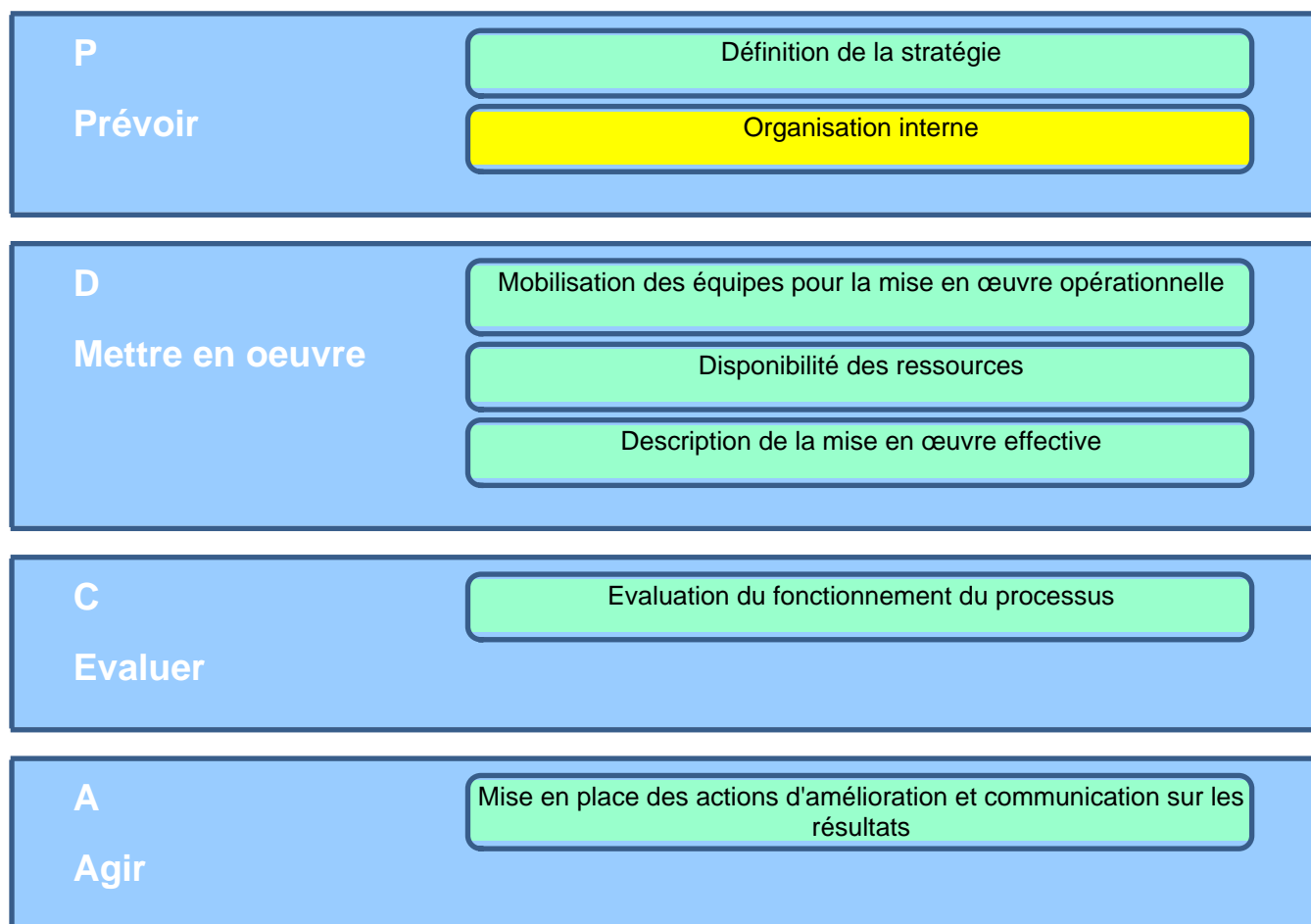
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Des objectifs d'amélioration ont été définis en cohérence avec les risques identifiés ainsi qu'avec des plans d'action suivis régulièrement. Le compte qualité comporte quatre risques en matière de gestion du dossier patient et un concernant l'accès du patient à son dossier. Les objectifs d'amélioration définis et déclinés en plan d'actions par le "Groupe Système d'information au regard des risques identifiés" sont présentés en UCOVIRIS. Lorsqu'ils sont validés, ils sont alors présentés aux instances sous forme de plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation mise en œuvre pendant le déploiement du dossier informatisé prévoit la coexistence de deux supports :

- informatique : observations médicales, paramètres somatiques, prescription médicamenteuse et validation de l'administration,
- papier : observations infirmières, consignes médicales, prescriptions et surveillance de la chambre d'isolement/contention, prescriptions d'examens, observations activités thérapeutiques.

Le COPIL DPI composé du Directeur, du DIM, du responsable du SI, du CGRAS, du Directeur des soins et de représentants médicaux et paramédicaux se réunit trimestriellement et pilote le processus de déploiement du dossier informatisé. Les missions et les responsabilités des membres du COPIL DPI ne sont pas formalisées, le fonctionnement du COPIL n'est pas régi par un règlement intérieur. Le COPIL définit les règles de gestion du dossier patient qui sont formalisées dans un "Guide d'utilisation du Dossier du Patient". Il comporte un renvoi au Manuel du fournisseur du logiciel et il définit la composition du dossier papier actuel. Les règles générales de tenue ainsi que d'utilisation y figurent, les responsabilités de chaque intervenant sont mentionnées également. En revanche, il ne définit pas "le temps utile" en matière de traçabilité des observations médicales et paramédicales. De ce fait, la fréquence des observations médicales, hormis celle à l'arrivée, est très disparate dans les différentes unités. Les infirmiers tracent les constantes somatiques comme le poids et l'évaluation de la douleur à échéance régulière, les observations en revanche varient d'une unité à l'autre. Ces informations ont été confirmées avec les patients-traceurs et lors des échanges avec les équipes et les cadres. Ils confirment ne pas avoir une règle stricte. Ils affirment dans une unité essayer d'écrire au moins une fois tous les quinze jours et dans une autre tous les deux jours. En matière de confidentialité une charte de bon usage des informations en définit les règles. L'organisation actuelle prévoit que la partie papier du dossier actif du patient soit rangée dans l'unité où le patient est pris en charge. Son accessibilité est protocolisée en dehors des horaires d'ouvertures des secrétariats médicaux. La gestion des interfaces est organisée via la composition pluriprofessionnelle du COPIL DPI : chaque membre peut transmettre les besoins des professionnels qu'il représente, la problématique est traitée en réunion trimestrielle. Ce fonctionnement facilite la concertation entre les professionnels et permet également d'apporter une réponse adaptée au regard des risques identifiés dans le Compte Qualité. Une procédure définit l'organisation relative à la communication des informations de santé du patient ainsi que les responsabilités dans le respect de la législation. Un logigramme visualise le circuit. Le livret d'accueil comporte un chapitre dans le volet "Vos droits" et un onglet dédié du site Internet informe les usagers sur cette thématique. L'archivage fait l'objet d'une procédure dédiée. La procédure de tri et d'archivage des dossiers médicaux est rédigée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs institutionnels sont déclinés en plan d'actions spécifiques aux différents secteurs d'activité. La sensibilisation des professionnels aux risques identifiés est faite systématiquement par le médecin DIM en début de formation sur le logiciel métier. La sensibilisation se poursuit régulièrement sur des journées spécifiques. Les responsables des secteurs d'activités s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, les professionnels sont informés si des écarts sont constatés et des actions correctives sont mises en œuvre: il y a un référent dossier dans chaque secteur de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Un planning prévisionnel est suivi afin de former tous les professionnels à l'utilisation du nouveau logiciel Dossier : 350 personnes formés en 201, 380 en 2014 et 55 en 2015. Les formations sont adaptées au profil des utilisateurs : par exemple la formation pour le nouvel arrivant ou celle délivrée pour une mise à jour devant des nouvelles fonctionnalités. Les règles de tenue du dossier sont diffusées, accessibles et connues par tous les

professionnels. Les documents sont accessibles informatiquement par tous les utilisateurs. Le DPI est accessible dans toutes structures rattachées y compris aux urgences des deux hôpitaux généraux, où les équipes sont présentes, le degré d'accessibilité est variable et lié au profil catégoriel. Des référents DPI sont identifiés dans chaque unité et veillent à signaler aux responsables les dysfonctionnements.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les interfaces sont assurées entre les différents secteurs via le dossier informatisé et grâce à l'organisation mise en place en matière de parcours patient. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est effective. La communication en temps utile du dossier est assurée entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge : la partie informatisée est accessible dans toutes les structures 24H/24. La partie papier est accessible 24H/24 si le patient est hospitalisé. L'organisation en place permet le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier pour les demandes concernant les dossiers de plus de cinq ans. En revanche, les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés pour les demandes de dossier de moins de cinq ans (23 jours en moyenne). Les demandes d'accès au dossier sont réceptionnées par la direction générale (responsable des affaires générales) qui en vérifie la conformité avant transmission et suit sur un tableau les délais des réponses. Un courrier est adressé aux correspondants externes pour toutes consultations réalisées.

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. L'évaluation du dossier patient est réalisée sur la base des indicateurs IPAQSS. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est réalisée notamment à l'aide d'indicateurs de suivi qui sont ajournés chaque fois qu'une demande est réceptionnée. Le bilan annuel est présenté en CRU.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations de la tenue du dossier patient conduisent à la mise en œuvre des actions d'améliorations nécessaires. Celles-ci sont intégrées au plan d'action institutionnel. Les actions d'amélioration mises en œuvre au regard des évaluations réalisées sont décidées en lien avec la CRU notamment la procédure qui définissait l'organisation du circuit de réponse aux demandes de dossier a été revue et la nouvelle version mise en œuvre prévoit que le DIM soit informé de la demande dès la réception par la direction. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment, à destination des professionnels et des usagers via le journal trimestriel "le valmonjoie". Une journée portes ouvertes est organisée annuellement par l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Les missions et les responsabilités des membres du COPIL DPI ne sont pas formalisées, le fonctionnement du COPIL n'est pas régi par un règlement intérieur.	14a
	NC	L'établissement n'a pas défini la notion de temps utile pour l'accessibilité et la traçabilité des éléments du dossier. Les règles de tenue du dossier ne définissent pas "le temps utile" en matière de traçabilité des observations médicales et paramédicales. De ce fait, la fréquence des observations médicales, hormis celle à l'arrivée, est très disparate dans les différentes unités. Les infirmiers tracent les constantes somatiques comme le poids et l'évaluation de la douleur à échéance régulière, les observations en revanche varient d'une unité à l'autre. Ces informations ont été confirmées avec les patients-traceurs et lors des échanges avec les équipes et les cadres. Ils confirment ne pas avoir une règle stricte. Ils affirment dans une unité essayer d'écrire au moins une fois tous les quinze jours et dans une autre tous les deux jours.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	L'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés pour les demandes de dossier de moins de cinq ans. Le bilan de la CRU 2014 précise des délais moyens de 23 jours.	14b

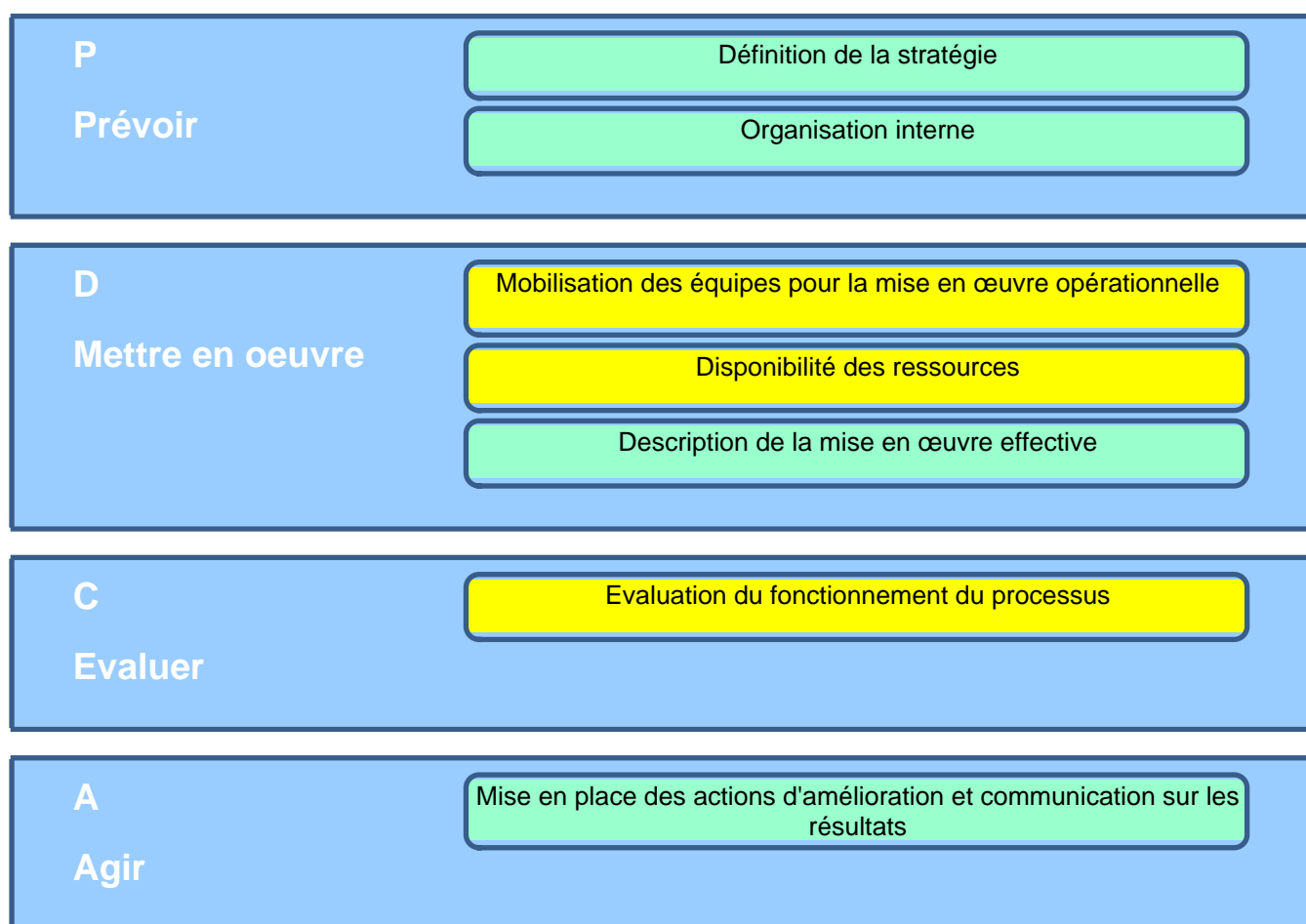
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2016 qui intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé. Une analyse a priori des risques réalisée à l'aide de l'outil ARCHIMED s'est terminée en 2014. Ces dispositions ont trait notamment à la diffusion de référentiels de prescription, à la création d'une liste des médicaments inappropriés à la personne âgée sur la base d'une analyse de la littérature nationale et internationale et à l'adaptation des formes galéniques aux capacités du patient. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé.

ORGANISATION INTERNE

Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est défini. L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste. Conformément aux dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011, le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est nommé. Il s'agit du pharmacien responsable de la PUI. Il se situe à l'interface entre la direction, la CME et les professionnels de l'établissement impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Un manuel d'assurance qualité du management de la prise en charge médicamenteuse a été rédigé en 2013, validé institutionnellement et diffusé auprès des professionnels. Il prévoit les équipements à la PUI et au niveau des unités d'hospitalisation. Il recense l'ensemble des documents qualité intégrés dans le système documentaire. Une réflexion a été menée s'agissant de la prise en charge médicamenteuse dans les hôpitaux de jour : une organisation a été définie pour rendre possible l'analyse pharmaceutique et l'approche globale du patient. L'organisation de la permanence pharmaceutique est définie dans le cadre de deux conventions l'une avec le CH de Montélimar pour le site de Montélimar et l'autre avec le CH de Valence pour le site de Montéleger. Une procédure d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie à usage intérieur existe. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Il existe un réseau identifié de référents infirmiers pharmacie dans toutes les unités. La mission de ces référents, formalisée, est aujourd'hui centrée sur la gestion des dotations. Le référent infirmier médicament se fait l'interlocuteur privilégié de la pharmacie pour toute problématique liée aux produits pharmaceutiques, il assiste la pharmacie lors de la visite annuelle de contrôle des armoires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La cartographie des risques a conduit à une vision précise des organisations et des points à risques et a permis de mobiliser les équipes médico-soignantes en termes d'auto-évaluation des pratiques liées à la prise en charge médicamenteuse. Le management de proximité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment en matière de validation de l'administration dans le logiciel dossier patient. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. En revanche, le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont peu développés. Le nombre d'évènements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse signalés est passé de 18 en 2013 à 5 en 2014 et 4 entre janvier et juin 2015. Les analyses de causes réalisées sont au nombre de 2 en 2011, 1 en 2012 et 1 en 2014. Le développement d'une culture du signalement des erreurs médicamenteuses constitue une action prioritaire inscrite au compte qualité avec une échéance fin 2016.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires sont disponibles dans les services de soins par le biais de la consultation de 3 rubriques dans les dossiers partagés : "médicaments et pharmacie", "e-formulaires pharmacie" et "procédures et protocoles". Des outils d'aide à la prescription et à l'administration tels que l'antibioguide ou le livret du médicament sont mis à disposition des personnels via les dossiers partagés. L'établissement a procédé à une informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse. La procédure dégradée est connue des professionnels de terrain. Des protocoles relatifs aux médicaments à risque sont disponibles pour la clozapine, les AVK, l'insulinothérapie et le zypadhera : la liste établie est extensive. Cependant, il n'existe pas d'actions régulières de formation au risque d'erreur médicamenteuse ou de dispositif structuré de sensibilisation. Quatorze infirmiers ont été formés au risque d'erreur médicamenteuse depuis 2011. Le projet est celui de la mise en place d'un axe prioritaire de formation pour les nouveaux arrivants. De plus, les ressources matérielles ne sont pas disponibles

dans toutes les unités. Le contrôle automatisé des températures des réfrigérateurs n'est pas en place sur le site de Montélimar (56 lits) et dans les HDJ. L'étiquetage réglementaire dans les armoires n'est plus effectif depuis le changement de logiciel pour la prescription-administration informatisée. Une solution technique n'a pas été mise en place. Les armoires de trois unités de soins demeurent non sécurisées. La sécurisation des locaux PUI est effective et le dispositif du coffre des stupéfiants est conforme. Un zonage différentiel réception/départs a été mis en place dans les locaux de la PUI en tenant compte des contraintes architecturales.

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 pratiques relatives à la gestion des stupéfiants sont conformes aux attendus. Les résultats de l'indicateur IQSS "Tenue du dossier patient" montrent 100 % de conformité pour la rédaction des prescriptions. La continuité du traitement médicamenteux est effective, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Une analyse pharmaceutique de niveau 3 est réalisée pour 100 % des ordonnances. La Dispensation Individuelle Nominative est engagée, elle concerne aujourd'hui 69 lits (56 lits du site de Montélimard et les 13 lits de Cézanne). Il y a un projet d'automatisation de la DIN dans le cadre de la réorganisation territoriale. L'établissement effectuée depuis 2009 le reconditionnement unitaire des médicaments non présentés en conditionnement unitaire (300 000 DU/an) afin de permettre une identification fiable des produits dans les unités de soins. Le livret d'accueil du patient 2015 contient des informations spécifiques à la prise en charge médicamenteuse : le retrait des traitements personnels à l'admission et les raisons de ce retrait, le droit à l'information bénéfiques/ risques, l'atelier du médicament proposé au cours du séjour et la lettre de sortie contenant le traitement de sortie adressée également au médecin traitant. Cependant, les règles de traçabilité de l'administration ne sont pas toujours respectées. Des retranscriptions sur fiche "T" au niveau de la planification murale ont été constatées dans deux unités de soins. De plus, le logiciel à disposition des professionnels rend possible la validation globale de l'administration des médicaments pour l'ensemble des patients d'une unité de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement ne mène pas d'audits périodiques sur la prise en charge médicamenteuse. Les derniers audits sur la prise en charge médicamenteuse datent de 2006 et 2010. Il n'a pas été réalisé d'audit depuis 2010, notamment sur la qualité de l'administration malgré l'identification de cette étape comme point à risques dans le compte qualité et dans la cartographie des risques. L'établissement a rassemblé dans son compte qualité des indicateurs suivis par le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La traçabilité de l'administration est identifiée comme point sous contrôle dans le compte qualité avec la mise en place d'un indicateur de suivi de la conformité de la validation de l'administration médicamenteuse en temps réel. Un audit portant sur l'analyse des prescriptions chez le sujet âgé a été réalisé en 2014. Un audit annuel est mené sur des anti-infectieux dans le cadre d'un dispositif national permettant le suivi longitudinal des consommations et des résistances.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Des actions ont été mises en œuvre pour lever les remarques consécutives à l'inspection ARS réalisée en mai 2013. L'audit sur les pratiques de prescription chez le sujet âgé a conduit à la création d'une liste des médicaments inappropriés à la personne âgée sur la base d'une analyse de la littérature nationale et internationale. Les actions d'amélioration issues des 4 REX menées depuis 2011 ont consisté notamment à rappeler les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance et à établir un protocole d'instauration d'un traitement par Clozapine. Un formulaire permettant la traçabilité de l'administration des Neuroleptiques à Action Prolongée réalisées en structures extra (CMP et HDJ) a été récemment intégré dans le logiciel dossier patient. Les résultats du suivi de l'indicateur de la validation de l'administration des médicaments sont communiqués dans chaque unité. Les actions ont été intégrées dans le PAQ qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2016. Cependant, le suivi des actions d'amélioration n'est pas assuré. En effet, le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Leur état d'avancement n'est pas matérialisé.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont peu développés. Le nombre d'évènements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse signalés est passé de 18 en 2013 à 5 en 2014 et 4 de janvier à ce jour en 2015. Les analyses de causes (REX) réalisées sont au nombre de 2 en 2011, 1 en 2012 et 1 en 2014. Le développement d'une culture du signalement des erreurs médicamenteuses constitue une action prioritaire inscrite au compte qualité avec une échéance fin 2016.	20a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les moyens matériels mis à disposition ne permettent pas toujours d'assurer la sécurisation du stockage des médicaments. Le contrôle automatisé des températures des réfrigérateurs n'est pas en place sur le site de Montélimar (56 lits) et dans les HDJ. L'étiquetage réglementaire dans les armoires n'est plus effectif depuis le changement de logiciel pour la prescription-administration informatisée. Une solution technique n'a pas été mise en place. Les armoires de trois unités de soins demeurent non sécurisées.	20a bis
	NC	Des actions de formation au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas assurées à destination de l'ensemble des professionnels. Quatorze infirmiers ont été formés au risque d'erreur médicamenteuse depuis 2011. Le projet est celui de la mise en place d'un axe prioritaire de formation pour les nouveaux arrivants. De plus, les ressources matérielles ne sont pas disponibles dans toutes les unités.	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de traçabilité de l'administration ne sont pas toujours respectées. La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas conforme dans toutes les unités. Des retranscriptions sur fiche T au niveau de la planification murale ont été constatées dans deux unités de soins. Le logiciel à disposition des professionnels rend possible la validation globale de l'administration des médicaments pour l'ensemble des patients d'une unité de soins.	20a bis
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Des audits périodiques sur le circuit du médicament ne sont pas réalisés, notamment sur la qualité de l'administration. L'établissement ne mène pas d'audits périodiques sur la prise en charge médicamenteuse. Les derniers audits sur la prise en charge médicamenteuse datent de 2006 et 2010. Il n'a pas été réalisé d'audit depuis 2010, notamment sur la qualité de l'administration malgré l'identification de cette étape comme point à risques dans le compte qualité et dans la cartographie des risques.	20a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le suivi des actions d'amélioration n'est pas assuré. Cependant, le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Leur état d'avancement n'est pas matérialisé.	20a

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	Des indicateurs visant à mesurer l'atteinte des objectifs ne sont pas déclinés à l'échelle de l'établissement et des secteurs d'activité. Le programme qualité gestion des risques ne comprend pas d'objectifs mesurables. Les objectifs ne sont pas assortis d'indicateurs, validés par la direction, déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité	2e
	P / Organisation interne	PS	La gestion des interfaces entre les instances en charge des sujets qualité et gestion des risques n'est pas organisée formellement pour faciliter la concertation. Le pilotage du processus précisément n'est pas défini. Les structures de pilotage stratégique et opérationnelle sont multiples et l'articulation entre l'ensemble des structures en charge des sujet en lien avec la qualité et la gestion des risques n'est pas structurée. La structuration actuelle est identifiée dans le compte qualité comme peu lisible et constitue donc une action prioritaire du processus.	1e
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les responsables sensibilisent insuffisamment les professionnels sur le signalement des événements indésirables. La majorité des signalements des événements indésirables porte sur les effectifs et les dysfonctionnements liés à l'orientation des patients. Un certain nombre de professionnels n'ont pas acquis le réflexe du signalement. La promotion du bon usage de l'erreur n'est pas un message institutionnel régulièrement porté par l'ensemble du management des services. Favoriser l'implication de l'encadrement dans la communication sur la culture sécurité des soins au sein des pôles constitue un des objectifs du projet de soins 2016-2020. Ce dernier prévoit la mise en place de référents cadres qualité-gestion des risques dans toutes les unités ainsi que sur le site de Saint-Vallier.	8f
	D / Disponibilité des ressources	NC	L'accompagnement des professionnels médicaux et soignants pour la mise en œuvre de l'EPP n'est pas en place. Les personnels médicaux n'ont pas bénéficié de formations sur l'organisation du développement de l'EPP et sur les méthodes EPP.	1f
PS		Les professionnels concernés ne sont pas formés à l'analyse approfondie des causes. Les deux professionnels UCOVIRIS, qui ont récemment pris leur fonction, n'ont pas réalisé de CREX depuis leur arrivée, attendant d'être formés. Les deux professionnels ont formulé la demande de formation. L'un d'eux est inscrit dans un master management du secteur social et de la santé, parcours	8f	

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			hygiène et qualité des soins. Pour l'autre professionnel, une action de formation est programmée dans le plan et sera réalisée avant la fin de l'année.	
		PS	La mise à disposition des documents n'est pas totalement fonctionnelle. Le classement proposé offre différents points d'entrée et l'accessibilité aux différents documents n'est pas facilitée par l'existence d'un moteur de recherche. Des classeurs non actualisés demeurent dans une unité du pôle Centre. Les documents mis en ligne dans les dossiers partagés de l'établissement ne sont pas signés : les originaux détenus à l'UCOVIRIS le sont conformément à la procédure de rédaction et de gestion des documents.	5c
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	L'établissement n'a pas réalisé de test d'opérationnalité de ses plans d'urgence. <u>A défaut de test, l'appropriation des procédures ne peut être évaluée.</u>	8e
		NC	L'ensemble des secteurs ne met pas en œuvre de démarche EPP. La sous-commission EPP n'est pas active. Les démarches EPP concernent principalement le pôle médico-technique. Seules 4 unités se sont engagées dans la mise en place de staffs protocolisés. Il n'y a pas de démarche EPP liées aux indicateurs de pratique clinique et les démarches liées à la pertinence des soins sont aujourd'hui clôturées.	28a
		PS	L'établissement n'a pas évalué les risques a priori pour l'ensemble de ses secteurs activités. Seule la cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est en place. L'évaluation a priori des risques liés aux soins n'a pas été réalisée et l'évaluation des risques professionnels est en cours.	8d
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	L'établissement ne suit pas l'avancement et l'impact de ces démarches EPP. L'UCOVIRIS n'a pas la lisibilité du nombre de démarches réellement actives, la traçabilité des actions réalisées n'est pas exhaustive et le suivi de leur impact n'est pas réalisé.	1f
		NC	L'établissement n'assure pas régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le suivi des plans d'actions des différents groupes qualité et prévention des risques n'est pas totalement assuré. De fait, la consolidation globale du plan d'actions institutionnel n'est pas effective pour l'ensemble des actions. Par ailleurs, Le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Il n'existe pas à ce jour de tableau de bord d'indicateurs permettant d'assurer un pilotage de la démarche qualité gestion des risques. Cette démarche est envisagée dans le cadre de la réorganisation territoriale au travers de la mise en place d'un système d'information décisionnel et d'une contractualisation interne avec les pôles cliniques et médico-techniques.	8a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif global d'amélioration continue du management de la qualité et de risques. Le suivi formalisé des actions n'est pas assuré, ni la mesure de leur efficacité. Les actions d'amélioration ne sont pas toutes articulées avec le programme d'action institutionnel.	8a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	P / Organisation interne	NC	La mise en oeuvre des contentions n'est pas organisée dans un protocole actualisé. Le protocole de mise en contention des patients date de 2007 et ne tient pas compte des règles de bonnes pratiques actualisées.	10a
		PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste actualisées. Les fiches de postes pour les personnels d'encadrement ne sont pas toutes actualisées ; certaines remontent à plusieurs années. Les cadres rencontrés en unité d'accueil, en USLD, etc. ont précisé que leurs fiches de poste sont anciennes. L'actualisation de ces fiches de poste est en cours.	1d
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité. Les locaux et équipements sont entretenus mais ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des patients et/ou des professionnels. Dans certaines unités, il persiste des dortoirs à trois lits qui rendent difficile le respect de l'intimité des patients et de leur dignité. Les professionnels rencontrés dans les unités de soins visitées ont fait part de ces difficultés architecturales, en particulier sur le problème des douches et des WC, ainsi que sur les chambres à deux et surtout trois lits. Par exemple, les deux douches à l'étage dans l'unité d'USLD rendent difficiles le respect de l'intimité du patient au vu de leur configuration. Les représentants des usagers rencontrés ont soulevé ces problèmes d'intimité liés à la configuration des locaux, notamment pour les chambres à lits multiples. Ces difficultés sont connues de la direction et de l'encadrement. Le futur projet d'établissement (2015-2020) intègre un volet architectural. Pour les soins d'hygiène, les personnels doivent s'adapter pour respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients. Afin d'essayer de respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients, dans les chambres doubles et les quelques chambres à trois lits, les soignants demandent aux autres patients de sortir lorsque cela est possible. Des paravents sont prévus et mis en place, en USLD, si les patients ne peuvent pas se lever.	10b
		NC	Les professionnels ne sont pas formés aux règles de mise en contention. La formation des professionnels aux règles de mise en contention n'est pas réalisée depuis plusieurs années et n'est pas inscrite au plan de formation 2015.	8d
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	Les fiches de postes et de mission sont en cours d'actualisation pour le pilotage des pôles cliniques. Les fiches de poste des cadres de santé assistant les médecins chefs de pôle n'ont pas été actualisées. Les fiches missions des praticiens hospitaliers sont formalisées mais ne prennent pas en compte toutes les zones de responsabilité des pôles cliniques.	3a
	D / Disponibilité des ressources	NC	La formation des professionnels à la prise en charge des urgences vitales n'est pas régulièrement assurée. La formation des infirmières relative au maintien des compétences relative à la prise en charge des urgences vitales n'est pas systématiquement actualisée.	18b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les patients détenus sont hospitalisés systématiquement dans des chambres d'isolement thérapeutique. Les patients détenus ne peuvent pas accéder à des activités de soins à visée thérapeutique puisqu'ils sont hospitalisés systématiquement dans des chambres d'isolement thérapeutique. Neuf patients détenus ont été hospitalisés en 2014 en chambre d'isolement thérapeutique.	19a
		NC	Un projet personnalisé de soin n'est pas toujours élaboré avec les professionnels concernés. Le projet de soins personnalisé n'est pas systématiquement formalisé au niveau des services d'hospitalisation adulte dans le dossier patient.	17a
		NC	Le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas transmis aux correspondants externes dans les délais réglementaires. Les délais d'envoi du dossier du patient ne sont pas conformes à la réglementation (Loi du 4 mars 2002). Le rapport de la CRU 2014 précise une moyenne à 21 jours et un maximum à 97.	24a
		NC	L'évaluation initiale du patient ne comprend pas toujours un volet somatique. L'évaluation somatique médicale initiale du patient est réalisée mais souvent à distance de la date d'entrée. Le compte qualité a identifié ce risque.	17b
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Les missions et les responsabilités des membres du COPIL DPI ne sont pas formalisées, le fonctionnement du COPIL n'est pas régi par un règlement intérieur.	14a
		NC	L'établissement n'a pas défini la notion de temps utile pour l'accessibilité et la traçabilité des éléments du dossier. Les règles de tenue du dossier ne définissent pas "le temps utile "en matière de traçabilité des observations médicales et paramédicales. De ce fait, la fréquence des observations médicales, hormis celle à l'arrivée, est très disparate dans les différentes unités. Les infirmiers tracent les constantes somatiques comme le poids et l'évaluation de la douleur à échéance régulière, les observations en revanche varient d'une unité à l'autre. Ces informations ont été confirmées avec les patients-traceurs et lors des échanges avec les équipes et les cadres. Ils confirment ne pas avoir une règle stricte. Ils affirment dans une unité essayer d'écrire au moins une fois tous les quinze jours et dans une autre tous les deux jours.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	L'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés pour les demandes de dossier de moins de cinq ans. Le bilan de la CRU 2014 précise des délais moyens de 23 jours.	14b
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont peu développés. Le nombre d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse signalés est passé de 18 en 2013 à 5 en 2014 et 4 de janvier à ce jour en 2015. Les analyses de causes (REX) réalisées sont au nombre de 2 en 2011, 1 en 2012 et 1 en 2014. Le développement d'une culture du signalement des erreurs	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			médicamenteuses constitue une action prioritaire inscrite au compte qualité avec une échéance fin 2016.	
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les moyens matériels mis à disposition ne permettent pas toujours d'assurer la sécurisation du stockage des médicaments. Le contrôle automatisé des températures des réfrigérateurs n'est pas en place sur le site de Montélimar (56 lits) et dans les HDJ. L'étiquetage réglementaire dans les armoires n'est plus effectif depuis le changement de logiciel pour la prescription-administration informatisée. Une solution technique n'a pas été mise en place. Les armoires de trois unités de soins demeurent non sécurisées.	20a bis
		NC	Des actions de formation au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas assurées à destination de l'ensemble des professionnels. Quatorze infirmiers ont été formés au risque d'erreur médicamenteuse depuis 2011. Le projet est celui de la mise en place d'un axe prioritaire de formation pour les nouveaux arrivants. De plus, les ressources matérielles ne sont pas disponibles dans toutes les unités.	20a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de traçabilité de l'administration ne sont pas toujours respectées. La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas conforme dans toutes les unités. Des retranscriptions sur fiche T au niveau de la planification murale ont été constatées dans deux unités de soins. Le logiciel à disposition des professionnels rend possible la validation globale de l'administration des médicaments pour l'ensemble des patients d'une unité de soins.	20a bis
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Des audits périodiques sur le circuit du médicament ne sont pas réalisés, notamment sur la qualité de l'administration. L'établissement ne mène pas d'audits périodiques sur la prise en charge médicamenteuse. Les derniers audits sur la prise en charge médicamenteuse datent de 2006 et 2010. Il n'a pas été réalisé d'audit depuis 2010, notamment sur la qualité de l'administration malgré l'identification de cette étape comme point à risques dans le compte qualité et dans la cartographie des risques.	20a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le suivi des actions d'amélioration n'est pas assuré. Cependant, le taux de réalisation des actions n'est pas suivi. Leur état d'avancement n'est pas matérialisé.	20a