



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER

ANTOINE BENEDETTI

Centre hospitalier de sartene

Route de grossa - bp 141

20100 Sartene

JANVIER 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	11
DROITS DES PATIENTS	15
DOSSIER PATIENT	19
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	23

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 : - 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 : - <u>Point sensible</u> : - 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> : - 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> : - 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 ANTOINE BENEDETTI	
Adresse	Centre hospitalier de sartene 20100 Sartene
Département / région	CORSE-DU-SUD / CORSE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	2B0005458	GCS SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL DE SANTÉ CORSE SIRSCO	Centre hospitalier de bastia Bp680 20604 BASTIA
Entité juridique	2A0002606	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene
Etablissement de santé	2A0002614	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene
Etablissement de santé	2A0002622	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI - SLD	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/
MCO	Médecine	5	3156
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	5	/

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

/

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Dossier patient
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Parcours du patient
Prise en charge de la douleur
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management stratégique, gouvernance
Management de la qualité et des risques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Dossier patient
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

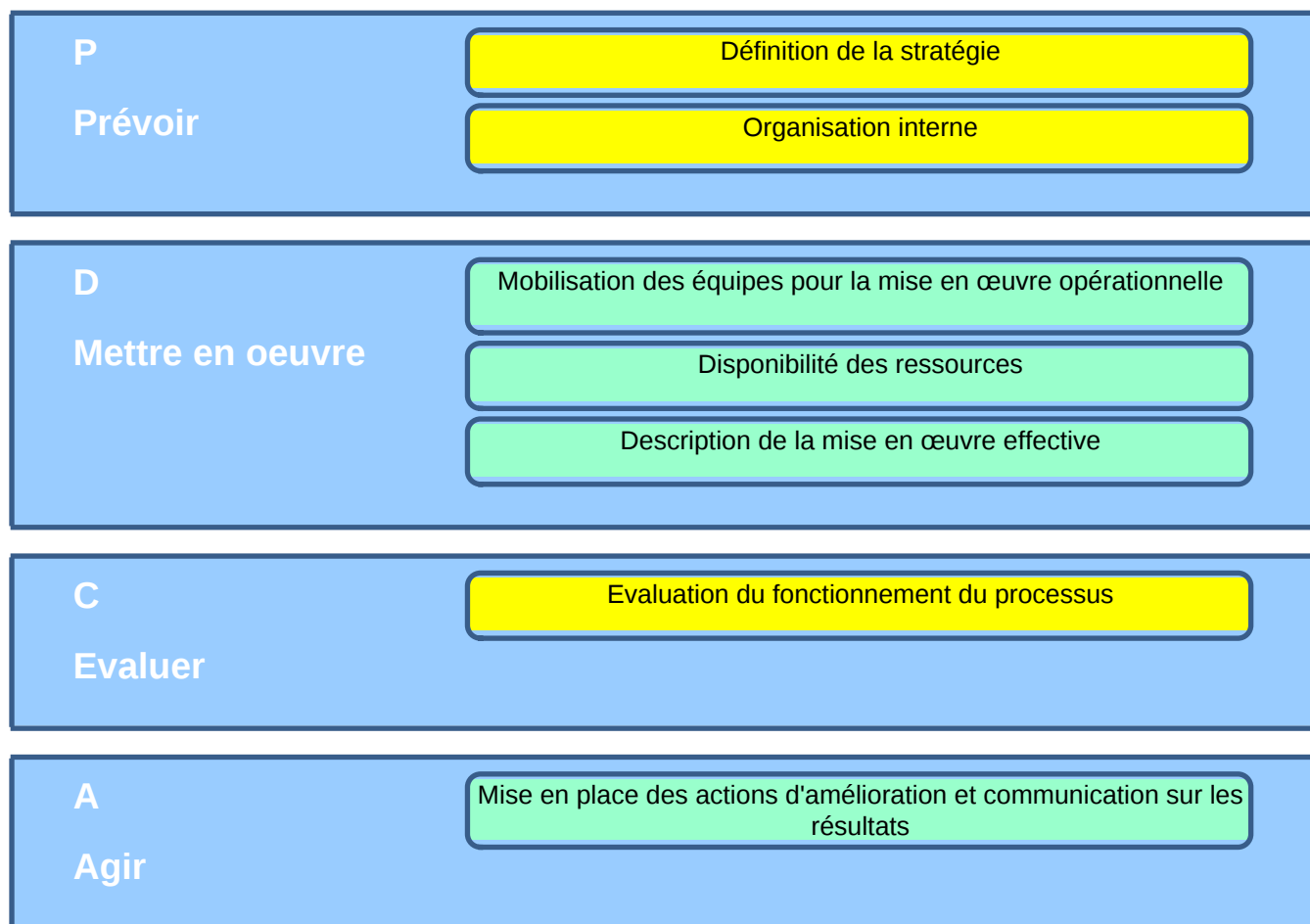
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les politiques du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques ont été rédigées respectivement par le CLIN et la COMEDIMS en septembre 2018. Ces politiques ont été validées, dans la foulée, par la CME comme en témoignent les comptes rendus des deux sous-commissions de la CME (CLIN et COMEDIMS). La politique d'entretien des locaux est définie dans le cahier des charges avec le prestataire externe. Cependant, le choix des objectifs d'amélioration repose sur une analyse partielle des données disponibles. En effet, la politique d'amélioration ne prend pas en compte le contexte et les missions spécifiques de l'établissement. Les activités à risques n'ont pas été identifiées et, de fait, les objectifs de traitement, de prévention, de surveillance déclinées dans la politique sont généralistes et peu en lien avec l'activité réelle de l'établissement : promouvoir la rédaction de protocoles, signaler les infections nosocomiales, sensibiliser les nouveaux arrivants.... Par ailleurs, les modalités et l'organisation à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs ne sont pas précisés. L'établissement n'a pas engagé de démarche d'analyse de ses risques. En 2017, l'enquête de prévalence nationale, à laquelle il a participé, a permis d'identifier les populations à risques que sont les personnes âgées de plus de 65 ans mais ces données n'ont pas été utilisées pour une analyse des risques liés aux besoins et aux activités de l'établissement. Un programme d'action du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques a été élaboré. Celui relatif au risque infectieux prend majoritairement en compte les orientations réglementaires nationales et régionales, ce que confirme le pilote de processus. Le programme du bon usage des antibiotiques est en lien avec l'indicateur ICATB, et avec le CAQES sur son volet antibiotique. Les deux programmes sont présentés à la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. En effet, le CLIN et la COMEDIMS, intégrant la réflexion sur le bon usage des antibiotiques, ont été réactivés en 2018. Le pharmacien a été confirmé par la CME et la Direction dans sa fonction de pilote pour le risque infectieux et le bon usage des antibiotiques. Des soignants ont été désignés comme référents du CLIN, sur la base du volontariat. Le règlement intérieur (en cours de finalisation lors de la visite) définit les missions du CLIN. Les missions du CLIN ne sont pas définies. En effet, le projet de règlement intérieur précise que "l'EOH et le CLIN sont une seule et même instance opérationnelle et politique", sans que les missions du CLIN/EOH ne soient clairement précisées quant à leurs interventions auprès des équipes, des patients, et au niveau environnemental. La composition de la COMEDIMS est établie. Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place. Un médecin infectiologue a été nommé en septembre 2018 au sein de la COMEDIMS. Le service économique et le cadre supérieur de santé sont référents pour l'entretien des locaux. Le bio nettoyage des locaux est partagé entre l'établissement et un prestataire externe. Les locaux communs sont entretenus par un prestataire et les chambres de patients par le personnel de l'hôpital. Le suivi de l'eau est organisé. Les besoins en formations des professionnels médicaux et non médicaux sont pris en compte dans le plan de formation comme cela été constaté pour les années 2017 et 2018. Tous les ASH en poste ont bénéficié d'une formation au bio nettoyage et le plan de formation mentionne une mise à jour pour 2019 avec le CPIAS. En cas de besoin, des formations sont organisées pour les infirmières sur les soins spécifiques comme la manipulation de chambres implantables avec le médecin de l'HAD par exemple. Une formation sur les infections liées aux soins est intégrée dans le plan de formation pour un médecin en 2019. Les médecins sont sensibilisés aux bonnes pratiques des antibiotiques par le pharmacien. Il existe, également, des liens fonctionnels avec le Centre Hospitalier d'Ajaccio en cas de besoin. Selon le cadre supérieur de santé, l'ensemble des professionnels est formé aux risques AES. Il existe une organisation pour répondre aux besoins de matériels, d'équipements des professionnels et des patients et à la sécurité de l'environnement en termes de dispositifs de prévention, stockage, transport des déchets, transport et stockage du linge propre et sale, et de bio nettoyage. La prise en charge des AES est organisée en termes de dispositif et de consultation médicale. La gestion documentaire est informatisée. Des protocoles de prévention, de surveillance et de traitement des risques sont intégrés à usage des soignants, du corps médical et des patients en particulier. Il existe, également, un guide d'aide à la prescription antibiotique. Toutefois, la gestion documentaire n'est pas toujours actualisée. En effet, les protocoles à disposition dans la base informatique ne font pas l'objet d'une organisation pour leur mise à jour. Si bon nombre de protocoles sont récents, le manque de lisibilité sur les modalités de mise à jour peut être préjudiciable à la mise en place de bonnes pratiques. Par ailleurs, il existe de nombreux protocoles dont la rédaction est ancienne. Par exemple, les protocoles de bionettoyage datent de 2002, le bon usage des désinfectants de 2009, le protocole sur l'utilisation du cathéter veineux porte date de 2006. Le CLIN a identifié ce problème et le CPIAS, venu sur le site, doit apporter son soutien à l'établissement. Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est en place et les supports de déclarations sont disponibles et connus. Le système d'information organise les liens fonctionnels entre les acteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels, rencontrés lors de la visite dans les secteurs de médecine, SSR et USLD sont sensibilisés aux risques infectieux. Les professionnels, et en particulier les ASH, ont été associés à un état des lieux sur les pratiques de bio nettoyage, ce qui a donné lieu à des actions correctives : rédaction d'une fiche de traçabilité, en avril 2018. Les professionnels participent à la semaine de sécurité, à la journée sur l'hygiène des mains, à la journée régionale sur le risque infectieux du CPIAS ou encore à l'enquête de prévalence sur le risque infectieux. L'établissement poursuit la sensibilisation des professionnels au regard de la valeur de l'indicateur ICSHA concernant la consommation de SHA.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un dispositif de surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est en place. Une alerte sur le dossier patient, informe les prescripteurs, le pharmacien du dépistage de BMR par le laboratoire ; il en est de même que la réévaluation des prescriptions antibiotiques à 48 et 72 heures. Les professionnels sont équipés de façon adaptée pour se protéger des risques d'AES, en particulier. Des interfaces existent au niveau régional avec les structures régionales en particulier avec le CPIAS. Le local intermédiaire de stockage de déchets, de dépôt du linge sale dans les unités de soins, sont évacués à périodicité par les professionnels jusqu'aux locaux centraux. Ces locaux de stockage sont entretenus.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques sont mises en œuvre dans les secteurs par les soignants et le corps médical. Les précautions standards sont majoritairement connues et appliquées par les professionnels rencontrés. Le tablier plastifié, à usage unique, est utilisé par les soignants lors des soins souillant ou mouillant comme cela a été constaté en visite. Les précautions complémentaires sont prescrites comme en témoigne la consultation de dossier patient en visite. Les médecins utilisent les supports de prescriptions et consultent les recommandations actualisées sur un site dédié. Le suivi des alertes BMR est effectif entre le laboratoire, la pharmacie et les prescripteurs. En cas de dépistage, le patient reçoit une information. Bien que l'ICATB 2 de la dernière campagne reste en dessous des attendus nationaux, le suivi de la prescription antibiotique corrélée à l'antibiogramme est effectif entre le laboratoire, le pharmacien et les prescripteurs. Les alertes informatiques concernant la durée de prescriptions à 48 et 72 heures sont opérationnelles. L'établissement n'a pas eu à déclarer d'infection nosocomiale en 2018. L'entretien des locaux et des chambres patient est effectif. Les ASH effectuent le bio nettoyage selon les protocoles en vigueur. Le circuit des déchets, le transport du linge sale sont effectués conformément aux protocoles. Les prélèvements d'eau sont effectifs. Le carnet sanitaire est tenu à jour par le service technique et les résultats communiqués au directeur de l'établissement par le laboratoire chargé des prélèvements.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le risque infectieux et le bon usage des antibiotiques à travers notamment les indicateurs nationaux. Un audit sur la fonction ASH a été réalisé en 2017, notamment concernant le bio nettoyage. L'établissement dispose de résultats sur la résistance bactérienne. Des données ont été transmises aux experts pour les années 2015 et 2016. Le Centre Hospitalier participe aux enquêtes de prévalence. Néanmoins, l'établissement n'évalue pas l'atteinte des résultats qu'il s'est fixé. En effet, l'établissement ne conduit pas de RMM, ni de CREX et les événements indésirables en la matière ne sont pas déclarés ou analysés. Les EPP initiées sont, pour la majorité anciennes (2011, 2012) et peu avancée (étape 2 ou 3). Il n'existe pas d'EPP sur la pertinence de soins ; une EPP sur la pertinence des prescriptions antibiotiques doit être programmée après la rédaction de protocoles de prescription de première intention sur les infections urinaires, pulmonaire et digestive. Les actions d'amélioration inscrites dans le compte qualité ne sont pas suivies. Bien qu'il existe un journal de communication interne, les professionnels ne se sont pas appropriés les principaux risques en la matière, les actions prévues pour y répondre et les résultats obtenus (particulier à la notion d'indicateurs).

A / AGIR

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

Les actions du programme d'action du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques sont mises en œuvre ; elles répondent aux exigences réglementaires en la matière. Des actions sont également mises en œuvre pour améliorer la valeur de l'indicateur ICATB, actuellement en classe E. La communication des

résultats et actions est réalisée notamment, auprès des professionnels et des usagers. Il existe un journal interne et les instances participent à la communication des actions et des résultats produits auprès des professionnels. Pour autant, les professionnels ne se sont pas appropriés la démarche d'amélioration récemment structurée. En effet, les professionnels ne se sont pas appropriés les principaux risques en la matière, les objectifs d'amélioration fixés dans la récente politique de l'établissement, les actions prévues pour y répondre et les résultats obtenus (particulier à la notion d'indicateurs).

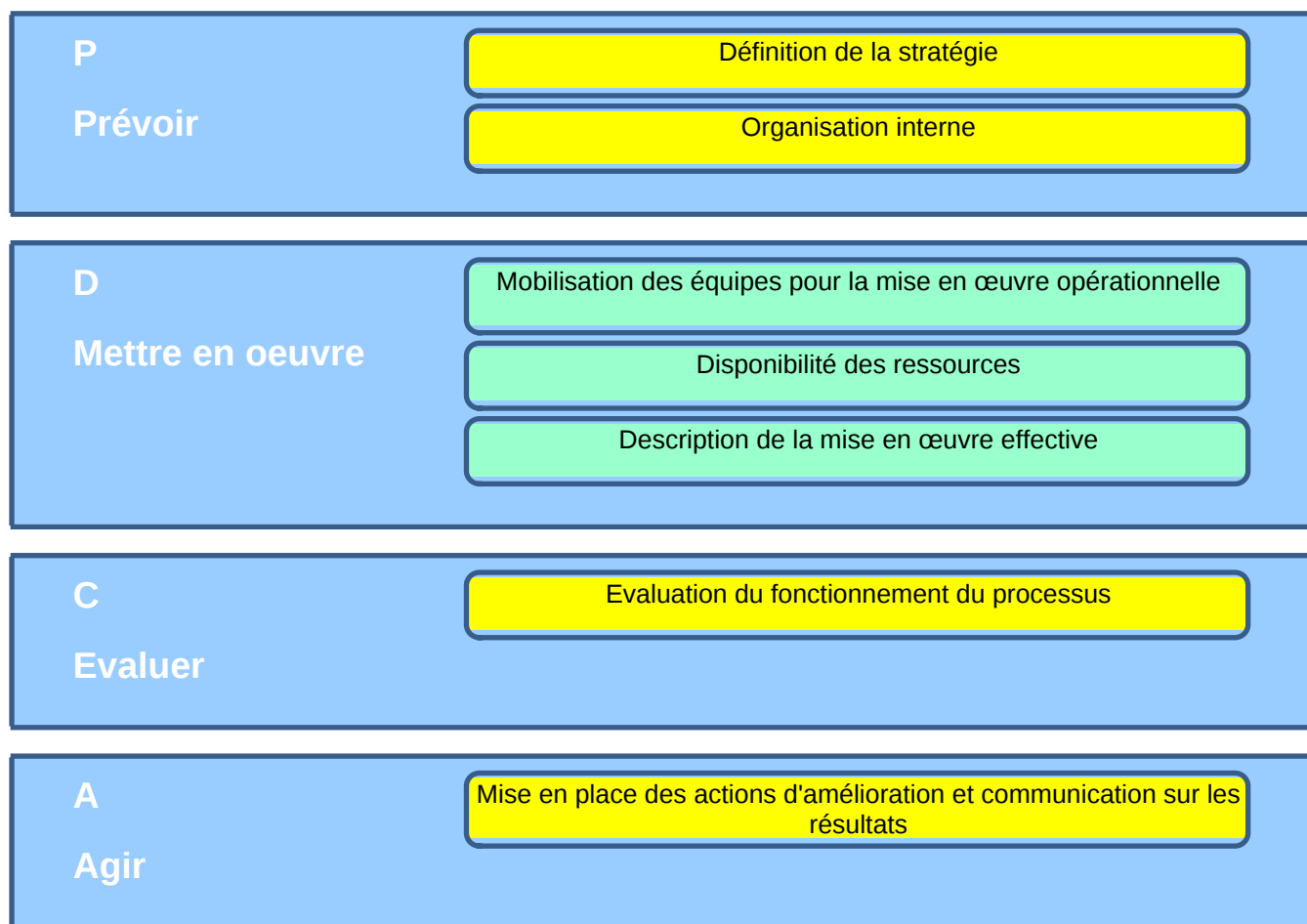
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il n'existe pas de stratégie et d'objectifs d'amélioration, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques. Le projet d'établissement 2011/2015 et le "Projet qualité, gestion des risques et développement durable", obsolètes, n'intègrent pas de chapitre dédié aux droits des patients et/ou à la promotion de la bientraitance. Le règlement intérieur intègre un chapitre relatif aux droits du patient, mais celui-ci n'est pas validé. Depuis la visite initiale, d'avril 2015, l'établissement a initié la rédaction d'une politique dédiée aux droits du patient, mais celle-ci n'est pas validée. Les objectifs d'amélioration fixés dans cette politique ne sont pas définis sur la base d'une analyse des besoins et des risques propres à l'établissement. En effet, l'établissement n'a pas mené d'analyse des risques, ni d'identification des besoins en termes de droits des patients. De fait, les risques identifiés dans le compte qualité sont des risques génériques sans lien direct avec la réalité de l'établissement. Les actions d'amélioration qui en découlent ne correspondent pas aux réels risques principaux de l'établissement. Un deuxième plan d'action construit en parallèle du compte qualité, est suivi par le Responsable Assurance Qualité. Il n'a pas fait l'objet d'une présentation, a fortiori, d'une validation par une instance, notamment la CME. Enfin, il existe un troisième plan d'action, non finalisé, qui décline les objectifs fixés dans la politique dédiée aux droits du patient, initiée depuis la visite initiale. Ce troisième programme s'appuie sur une évaluation des points forts et des points faibles constatés de l'établissement. Les actions n'intègrent pas d'échéanciers, ni les modalités de pilotage ou les responsabilités. L'établissement a également travaillé sur un projet de charte, intégrant des informations relatives aux droits des patients, entre l'établissement, la justice, la gendarmerie et la police - cette charte demeure un document de travail en l'absence de validation par les autorités concernées. Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance n'a pas été réalisé. En effet, l'établissement n'a pas élaboré d'état des lieux qui lui permettrait d'identifier les risques, les situations et les facteurs de maltraitance, ce que les experts-visiteurs avaient déjà constaté lors de la visite de certification V2010. Le signalement de suspicion ou d'acte de maltraitance est prévu dans la fiche de déclaration des événements indésirables.

ORGANISATION INTERNE

Il n'existe pas d'organisation structurée susceptible de piloter et mettre en œuvre la politique relative aux droits des patients, dès lors qu'elle sera validée et diffusée. En avril 2015, lors de la visite initiale, la responsabilité du processus était confiée à la Cadre Supérieur de Santé. Depuis lors, le directeur assure la responsabilité de ce processus. Néanmoins, les missions et responsabilités ne sont pas définies et connues par les professionnels concernés. En effet, bien que le projet de politique des droits du patient indique qu'il existe un responsable des relations avec les usagers, assurant une fonction privilégiée de coordination des actions mises en œuvre et d'application de la politique et des pilotes du processus qui portent la politique, l'établissement n'a pas encore identifié les professionnels en charge de ces missions. Suite au départ de plusieurs représentants des usagers, la CDU n'est plus opérationnelle. L'ARS, saisie de la situation, n'a pas encore apporté de réponse. L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Des formations aux droits du patient et/ou à la promotion de la bientraitance sont organisées. Une formation sur la bientraitance a été réalisée en 2017 pour 3 aides soignantes sur 2 jours. D'autres formations ont été organisées, même si celles-ci ne sont pas proposées de façon régulière. Toutefois, l'établissement n'organise pas la réponse à ses besoins en ressources documentaires. En effet, l'établissement ne dispose pas de procédures sur les dommages graves liés aux soins, sur les modalités d'information du patient, sur le recueil de la personne de confiance et les modalités de signalement en cas de maltraitance. L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif à la contention physique chez le sujet âgé, accueilli en médecine, SSR ou en USLD. Les patients sont informés de leur droits et des missions de la CDU par le livret d'accueil qui leur est remis à leur admission. L'établissement a mis à jour différents supports comme l'autorisation de contention physique, l'autorisation spéciale de sortie, le formulaire de désignation de la personne de confiance, le support relatif aux directives anticipées, le formulaire de droit à l'image, le dispositif de recueil et des réclamations et des éloges, et, enfin, le formulaire de sortie contre avis médical.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les droits des patients font l'objet de réflexions conduites dans les services notamment au moment des réunions de service, animées par l'encadrement soignant. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus : actions de communication,

informations régulières. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les professionnels sont informés par le biais de la gestion documentaire et par l'encadrement soignant. Ces actions de sensibilisation permettent une appropriation de la thématique relative aux droits du patient par le plus grand nombre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans les différentes unités, les procédures et protocoles existants sont disponibles et accessibles. Les services disposent en majorité de chambres individuelles, suite aux travaux de réhabilitation engagés. Les conditions d'hébergement et les soins permettent le respect de la dignité et l'intimité des patients. Des aménagements sont proposés (salons, par exemple) pour maintenir le lien entre les patients hospitalisés et les familles. La Charte du patient hospitalisé est inscrite dans le livret d'accueil et affichée dans les unités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage. Dans les unités, les équipes sont attentives au maintien du lien entre le patient et sa famille. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance via le livret d'accueil. Un formulaire permet aux professionnels de recueillir l'information. Ce formulaire est connu des professionnels et renseigné. La participation du patient et de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet de soins est effective dans les services de soins. La recherche du consentement du patient, et/ou de son entourage, quant aux restrictions de liberté, notamment la contention, fait l'objet d'une concertation de l'équipe intégrée dans le projet de soins personnalisé. Les contentions font l'objet d'une prescription médicale écrite sur un support papier dédié. Ce dernier prévoit la durée de la contention en jours et en heures. Il intègre un protocole d'urgence qui précise que "l'équipe soignante peut poser une contention en urgence en indiquant le jour, l'heure et les raisons. La confirmation du médecin et la prescription du médecin intervenant pour les jours suivants". Toutefois, les contentions ne sont pas toujours réévaluées. En effet, la réévaluation de contention n'est pas prévue par le formulaire dédiée à la prescription. Ce formulaire n'est pas conforme aux bonnes pratiques et aux recommandations en la matière. La réévaluation de la pose d'une contention n'est pas retrouvée dans le dossier patient informatisé. Il en est de même pour le suivi infirmier. Des mesures sont en place pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : définition de droits d'accès, protection des dossiers médicaux papier, sécurisation des transports de dossiers médicaux... Les patients sont informés de leurs droits d'accès au dossier via le livret d'accueil. La Charte du patient hospitalisé est diffusée et/ou inscrite dans le livret d'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La satisfaction des usagers est recueillie au travers d'un questionnaire de satisfaction, remis au patient à sa sortie de l'unité de soins. Il vise à évaluer la satisfaction des patients sur différents items comme l'écoute, l'information sur les soins, le déroulement du séjour ou le respect de l'intimité et des droits. Toutefois, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés. En effet, le faible taux de retour ne permet pas une exploitation des résultats et l'identification d'action d'amélioration. Un bilan de la CDU a été élaboré pour 2017. Néanmoins, celle-ci n'étant plus active, il n'a pas été exploité. L'établissement ne mène pas d'EPP en lien avec les droits des patients, ou de CREX.

A / AGIR

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

Ponctuellement, des actions sont mises en œuvre. Toutefois, il n'existe pas de dispositif d'amélioration. En effet, l'absence d'évaluations formalisées ne permet pas de dégager des axes d'amélioration, ni de réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles actions complémentaires et de réajuster la politique relative aux droits du patient.

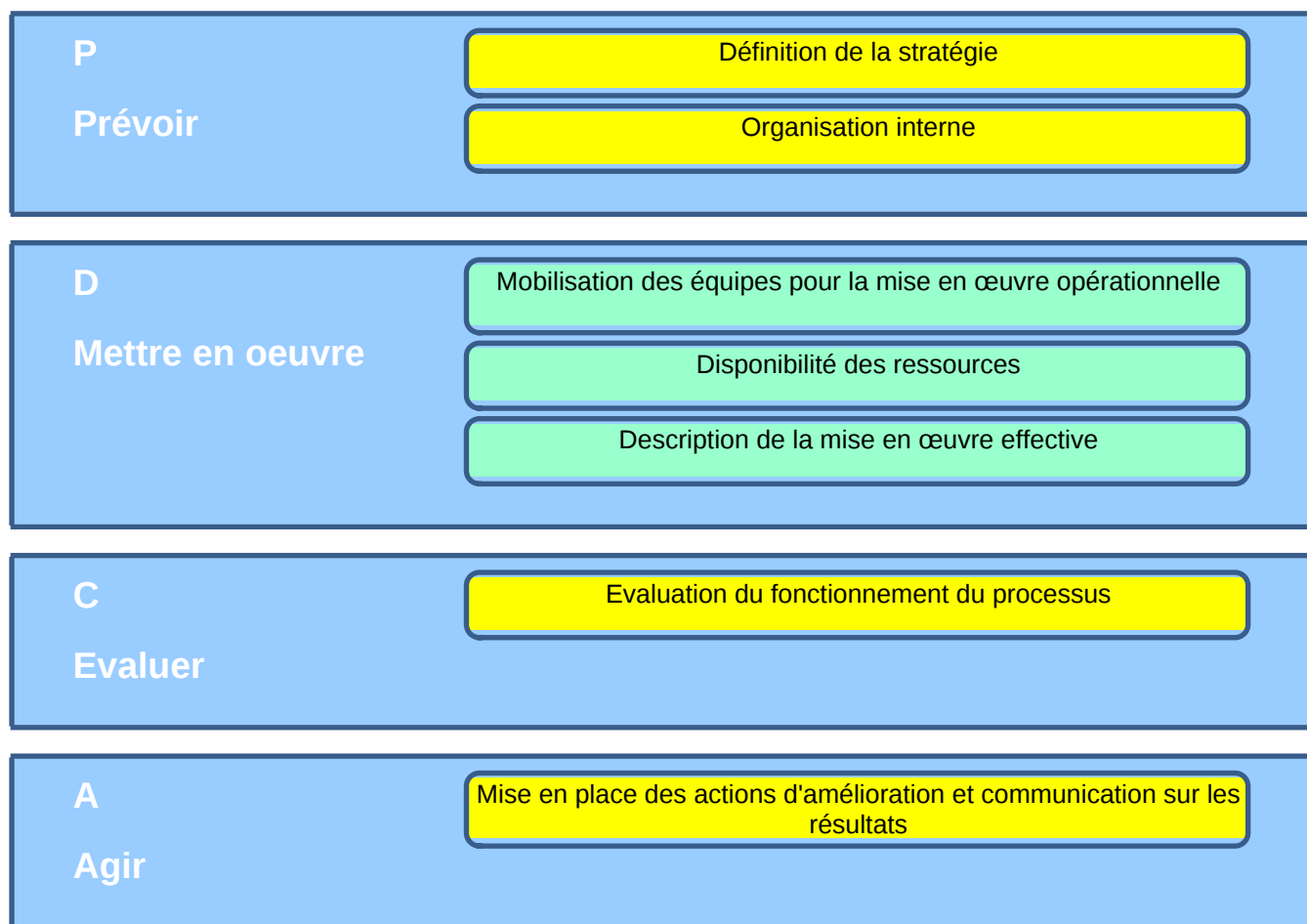
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique relative à la gestion du dossier patient. Toutefois, cette politique repose sur une analyse partielle des risques. En effet, cette politique n'a pas été élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques potentiels. Par ailleurs, elle n'est pas validée par les instances concernées. L'établissement dispose de deux plans d'actions: le premier issu du compte qualité ne fait pas l'objet d'un suivi, le second est suivi par le responsable assurance qualité, mais n'a pas fait l'objet d'une présentation et/ou d'une validation par les instances. Ces programmes ne sont pas présentés annuellement aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas établi une organisation formalisée pour piloter le processus. En effet, les rôles et les responsabilités ne sont pas identifiés, ni précisés. Une organisation informelle est en place articulée autour du Directeur pour le management stratégique et le responsable qualité pour les aspects opérationnels, mais cette organisation n'est pas connue des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles. Les besoins en matériels sont, également, identifiés par l'établissement, qui déploie un plan d'investissement en conséquence. L'informatisation du dossier, entamée en 2013, est réalisée. Le dossier patient informatisé (DPI) est déployé sur l'ensemble des unités. Ce DPI est interfacé avec un autre logiciel intégrant l'informatisation du circuit du médicament. Le DPI est interfacé avec le logiciel de gestion des patients. Seule, la prescription connectée pour les examens de biologie reste à informatiser, ainsi que les résultats d'imagerie. Le plan de soins, dans le DPI, n'est pas utilisé bien qu'installé. Un dossier patient papier a été maintenu pour l'accueil médical non programmé. Le dossier papier contient, également, des formulaires tels la personne de confiance, la contention, les examens de laboratoire, les examens d'imagerie, les correspondances. L'HAD dispose de son propre logiciel, interfacé avec le logiciel administratif de gestion des patients, mais pas avec le DPI déployé dans les services de soins. L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage. Toutefois, toutes les ressources matérielles ne sont pas prévues. En effet, les ressources matérielles ne sont pas adaptées en nombre de postes informatiques. L'établissement a identifié ce risque et une commande est en cours. Par ailleurs, la coexistence d'un dossier papier/informatique ne permet pas toujours la communication en temps utile entre les professionnels. Les professionnels utilisent plusieurs supports : DPI, logiciel informatisé pour le médicament, dossier papier, classeur des prescriptions médicales. Ces multiples supports constituent un risque, qui n'a pas été identifié par l'établissement. Pendant la phase de travaux, le local des archives médicales est partagé avec celui des archives administratives. De la même façon, les dossiers médicaux antérieurs à 2016, stockés sur des palettes en bois, sont difficilement accessibles. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Des actions de formation sont intégrées au plan de formation 2018. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Une conduite à tenir est en place en cas de panne et/ou de dysfonctionnement du DPI. L'accès au DPI est réglementé par l'utilisation de profils informatiques prédéfinis. L'accès aux dossiers anciens archivés, non informatisés, est organisé. Une personne ressource, employée à la Direction est identifiée pour assurer la gestion des demandes d'accès au dossier dans le respect des délais définis par la réglementation en vigueur. Des procédures en place sur différents sujets tels que l'autorisation de sortie, les bons de laboratoire et d'imagerie, la gestion des fugues, le formulaire de désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la sortie contre avis médical, etc. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est formalisée. L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Cette procédure décrit les modalités de cet accès. L'accès du patient à son dossier est abordé dans le livret d'accueil au travers notamment de la charte de la personne hospitalisée. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont précisées et expliquées par le personnel soignant dès la phase d'admission. Toutefois, toutes les ressources documentaires ne sont pas prévues. Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas toutes formalisées, elles ne prennent pas en compte les responsabilités, les règles de confidentialité, la composition du dossier et les modalités de classement des différentes pièces, les règles d'utilisation, d'archivage, de destruction ou d'évaluation ne sont pas formalisées. Le mode dégradé en cas de panne informatique n'est plus conforme aux pratiques de l'établissement. Ce document est devenu obsolète.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes s'impliquent dans la mise en œuvre du dossier patient et les actions d'amélioration relatives à sa gestion. Des personnels ont été désignés comme référent et participent à la gestion du dossier: gestion de la formation, gestion des droits d'accès et des habilitations... Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par le biais du suivi du DPI lors des staffs. La Présidente de la CME est investie dans la démarche, notamment pour la partie pharmaceutique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient unique est accessible 24h/24h par tous les professionnels (médecin, IDE, kiné, assistante sociale, AS, ...) selon leurs habilitations. L'établissement met à disposition des professionnels des outils et des actions de formation. Lors de l'installation du dossier patient informatisé, tous les personnels ont bénéficié de formations. Les nouveaux personnels sont formés par les référents du dossier patient informatisé selon un calendrier prédéfini. Les ressources en compétences sont assurées : ainsi les professionnels sont formés au logiciel. Les formations sont assurées par une infirmière référente. L'établissement dispose de compétences informatiques en interne et en externe, dans le cadre des partenariats mis en place entre les établissements du sud de la Corse.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque pièce du dossier papier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; l'identité du médecin prescripteur est mentionnée en caractères lisibles. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est effective. L'établissement a mis en place une organisation permettant à l'ensemble des intervenants d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. Le logiciel de gestion du dossier patient est en liaison directe avec le logiciel administratif qui enregistre le patient lors de son arrivée et les données saisies à l'accueil sont automatiquement transférées sur le dossier patient informatisé. La constitution de ce dossier patient permet son utilisation par tous les intervenants dans la prise en charge du patient. Les réévaluations effectuées par le personnel soignant et médical sont tracées. Les professionnels disposent d'informations nécessaires permettant la coordination des soins entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge. La direction centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Les délais de traitement des demandes d'accès sont portés régulièrement à la connaissance de la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement mène quelques évaluations, notamment les IQSS biennaux et les délais de transmission des dossiers aux patients. Toutefois, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, en dehors des IQSS, il n'existe pas d'évaluation régulière du dossier patient : absence d'audits, d'enquêtes, d'analyses des événements indésirables, EPP, de CREX. L'établissement ne fait pas de bilan annuel de la mise en œuvre du programme d'amélioration sur le dossier patient.

A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. En effet, bien que des actions soient mises en œuvre et suivies par le responsable qualité, il n'y a pas de communication. Par ailleurs, l'absence d'évaluations formalisées et régulières ne permet pas de dégager des axes d'amélioration, ni de réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires voire de réajuster la politique relative aux droits du patient. Les professionnels ne sont pas régulièrement des actions mises en œuvre et des résultats qui en découlent.

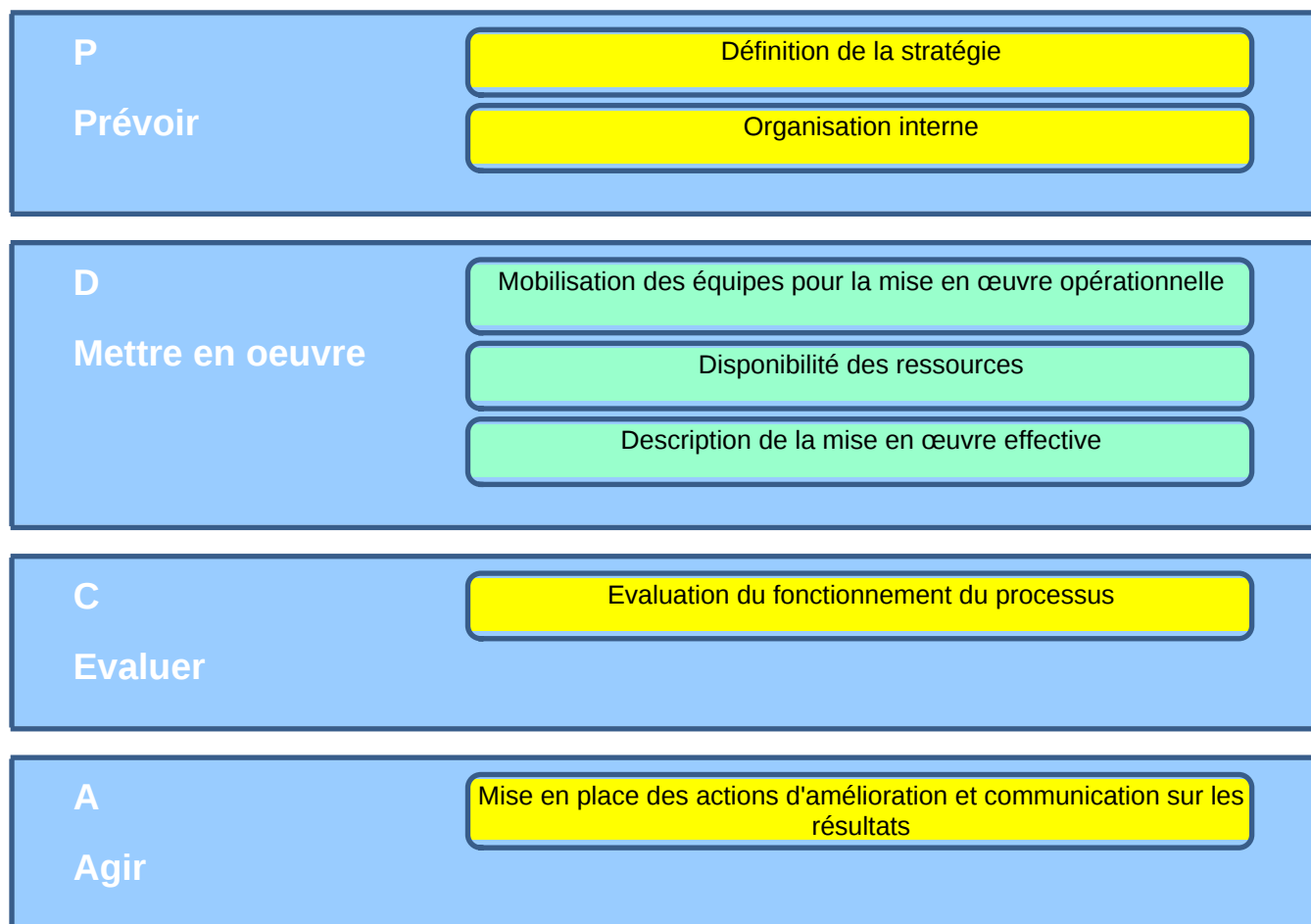
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).
Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il n'existe pas de 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. En effet, la charte d'identification du patient a été rédigée en octobre 2018 par la Présidente de la CIV et relue par le gestionnaire de risques. Toutefois, ce document n'a pas fait l'objet d'une concertation interne et n'a pas été présenté aux instances concernées. La charte ne mentionne pas de date de rédaction et d'identification des rédacteurs. Par ailleurs, l'identification des besoins n'a pas été réalisée à partir d'une analyse des risques. Un état des lieux a bien été réalisé en 2014, mais celui-ci n'a pas été exploité depuis. Il n'a pas été présenté dans l'établissement. Ce document n'est pas connu des membres soignants de la CIV ni de la responsable du bureau des admissions et de la facturation. Le Centre Hospitalier dispose d'un programme d'actions 2013–2018, suivi par la présidente de la CIV et le gestionnaire de risques. Toutefois les modalités de suivi sont partiellement renseignées : il ne comporte pas, par exemple d'indicateurs et est partiellement à jour des échéances. Les actions identifiées dans le bilan 2014 ne sont pas retrouvées dans le programme et non pas été réalisées (par exemple : protocole anonymat du patient). Les actions intégrées dans le compte qualité ne sont pas suivies et ne sont pas intégrées dans le programme d'action. Le pilote de processus a initié un nouveau programme 2018-2020. Ce programme tient compte de nouvelles actions engagées en 2018 et qui ne figuraient pas au programme en cours.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. La commission d'identité-vigilance (CIV) a été réactivée en février 2017. La nouvelle composition des membres a fait l'objet d'une décision du directeur. Le pilotage est assuré par l'adjointe administrative du bureau des admissions et de la facturation qui est également identité-vigilante. Des soignants (AS et IDE) de jour et de nuit ont été désignés, sur la base du volontariat. Le gestionnaire des risques est, également intégré, à la commission. Les missions des professionnels sont définies dans la charte d'identité-vigilance. Toutefois, les missions et responsabilités ne sont pas toutes connues des professionnels concernés. En effet, au jour de la visite, les professionnels soignants concernés n'en avaient pas encore pris totalement connaissance comme en témoignent les rencontres terrain. La formation des professionnels est organisée pour assurer le maintien des compétences nécessaires. Le pilote du processus, le gestionnaire de risques et un soignant membre de la CIV ont été formés en 2013. Le pilote a bénéficié d'une nouvelle formation en 2018. Le pilote organise la formation des professionnels concernés par la saisie des identités à partir du logiciel dédié et de supports de formation (soignants et administratifs). Les ressources matérielles sont organisées sur les différents lieux de saisies identifiés par l'établissement. Le bureau des admissions programmées et non programmées, les postes de soins des secteurs SSR, médecine, USLD bénéficient d'un accès au logiciel de saisie. Toutefois, la gestion documentaire n'est pas opérationnelle. En effet, il existe une liste des protocoles à disposition des professionnels soignants et administratifs. Pour les services de soins, trois protocoles figuraient dans la GED avant la visite, et 3 protocoles ont été intégrés la semaine de la visite. Concernant le service d'accueil médical non programmé, trois protocoles figuraient également dans la GED le jour de la visite et cinq protocoles ont été intégrés la semaine de la visite. De fait, les professionnels n'ont pas eu le temps de se les approprier. De plus, des protocoles sont absents de la GED comme le protocole de gestion de l'anonymat demandé par le patient, dont le manque est identifié depuis l'état des lieux de 2014. Les interfaces sont partiellement organisées entre les acteurs. Si la coordination entre le bureau des admissions, les secteurs de soins et le gestionnaire de risques est organisée au sein de la CIV, la coordination avec les responsables du SIH (DIM, ingénieur informatique...) et les autres pilotes de processus (ex PDA et SIH) n'est pas structurée. Le DIM du CH d'Ajaccio ou l'ingénieur informatique, par exemple, ne sont pas représentés dans la CIV et il n'y a pas de rencontres organisées, de façon formelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La récente implication de soignants volontaires au sein de la CIV et la rencontre de ces professionnels en visite terrain démontrent leur intérêt pour la thématique. Les professionnels déclarent les EI ce que démontre l'indicateur de suivi tenu à jour par le pilote. Le pilote de processus est bien identifié des professionnels administratifs et soignants comme la personne ressource sur la thématique. Le pilote intervient ainsi volontiers sur le terrain pour informer sur les bonnes pratiques. Les professionnels de la CIV ont participé à la rédaction des protocoles sur la thématique en 2018.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels disposent de protocoles, dans la GED, concernant la mise en œuvre du processus et de documents d'information pour le patient. Les besoins en formation en particulier des nouveaux agents sont planifiés par le pilote de processus. Les ressources matérielles du système de gestion des identités permet aux professionnels d'accéder à la saisie des identités patients et au pilote de processus de réaliser des requêtes en terme de détection ou de fusion des doublons par exemple pour assurer la sécurisation. L'émission "d'étiquette patient" informatisée et de son IPP est organisée. Les services de soins disposent de bracelet d'identification.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les procédures de saisie et de correction des identités. Durant les heures ouvrables, les agents d'accueil assurent la saisie des données des admissions non programmées et les agents des admissions la saisie des admissions programmées. La saisie de l'identité est réalisée en présence le plus souvent du patient ou de ses accompagnants, à partir de documents officiels (carte d'identité, carte vitale etc...). En cas de nécessité, les professionnels ont recours aux données du CDR pour effectuer des vérifications. En dehors des heures d'ouverture des bureaux, les soignants assurent une préadmission selon les consignes du protocole, comme ils l'ont expliqué lors de la visite. La correction des identités est mise en œuvre par les agents administratifs et la correction des éventuels doublons par le pilote de processus, sur appel ou signalement des professionnels. Lorsque l'identité du patient n'est pas connue en particulier pour les patients admis depuis le service des admissions non programmées, une identification provisoire est établie selon le protocole. Lors des soins, les professionnels, IDE et AS des secteurs de médecine, du SSR et de l'USLD s'assurent de la concordance de l'identité du patient. Le bracelet d'identification est proposé au patient communicant dès l'arrivée dans les unités de soins ce qui constitue un premier contrôle d'identité et il est posé aux patients non communicants. La pose du bracelet d'identification est mise en œuvre depuis plus d'un an par les soignants selon des consignes orales. Le soignant demande, le plus souvent, au patient de décliner son identité lorsque cela est possible, lors de la réalisation des soins. Les documents du patient en version papier sont identifiés avec une étiquette informatique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pilote du processus suit des indicateurs quantitatifs. Le Centre Hospitalier a participé à la démarche GMSIH réalisée par l'ANAP et dispose de données actualisées et chiffrées en termes d'organisation du processus : formation, outils de recherche d'identité, attribution d'un IPP, etc.). Les données 2017 ont été retrouvées dans un compte rendu de réunion de février 2018, de la CIV et sont plutôt positifs. Toutefois, les évaluations sont partielles. En effet, à défaut d'objectifs clairement définis, l'établissement ne peut mesurer l'atteinte ou non de ceux-ci. Ainsi, l'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation qualitative de bonnes pratiques à chaque étape du processus. Une EPP, mentionnée dans le compte qualité, datant de 2013, concerne la rédaction de la politique qui en fait été réalisée en avril 2018. Cette EPP, pilotée avec l'ANAP, n'a pas été poursuivie.

A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration. En effet, les actions d'améliorations conduites dans le cadre du programme d'actions 2013-2018 tiennent majoritairement compte de la mise en conformité de la réglementation. Par ailleurs, les actions définies dans le programme 2018-2020 n'étant pas en déterminées après une identification des risques de l'établissement pourraient ne pas atteindre l'objectif. La conduite de ce programme 2018-2020 ne vient pas, a priori, corriger les éléments de maîtrise des risques puisqu'ils n'ont pas été identifiés. La communication des résultats des indicateurs n'est pas organisée auprès des professionnels.