



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

Centre hospitalier de Modane

110 rue du pré de pâques
73500 Modane
DÉCEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	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
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
ANNEXE	36

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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE MODANE	
Adresse	110 rue du pré de pâques 73500 Modane
Département / région	SAVOIE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
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		GCS DÉPARTEMENT MUTUALISE D'INFORMATIONS MÉDICALES-DMIM	Centre hospitalier gériatrique 53 chemin de parenty 69250 NEUVILLE SUR SAONE
Entité juridique	730780566	CENTRE HOSPITALIER DE MODANE	110 rue du pré de pâques 73500 Modane
Etablissement de santé	730000288	CENTRE HOSPITALIER DE MODANE	110 rue du pré de pâques 73500 Modane

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	26

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Direction commune avec Saint Jean de Maurienne et le GHT Savoie-Belley
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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Femme	SSR	Rééduc + onco	HC	Complexe	SSR
2	Femme	SSR	Rééduc chir ortho	HC	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

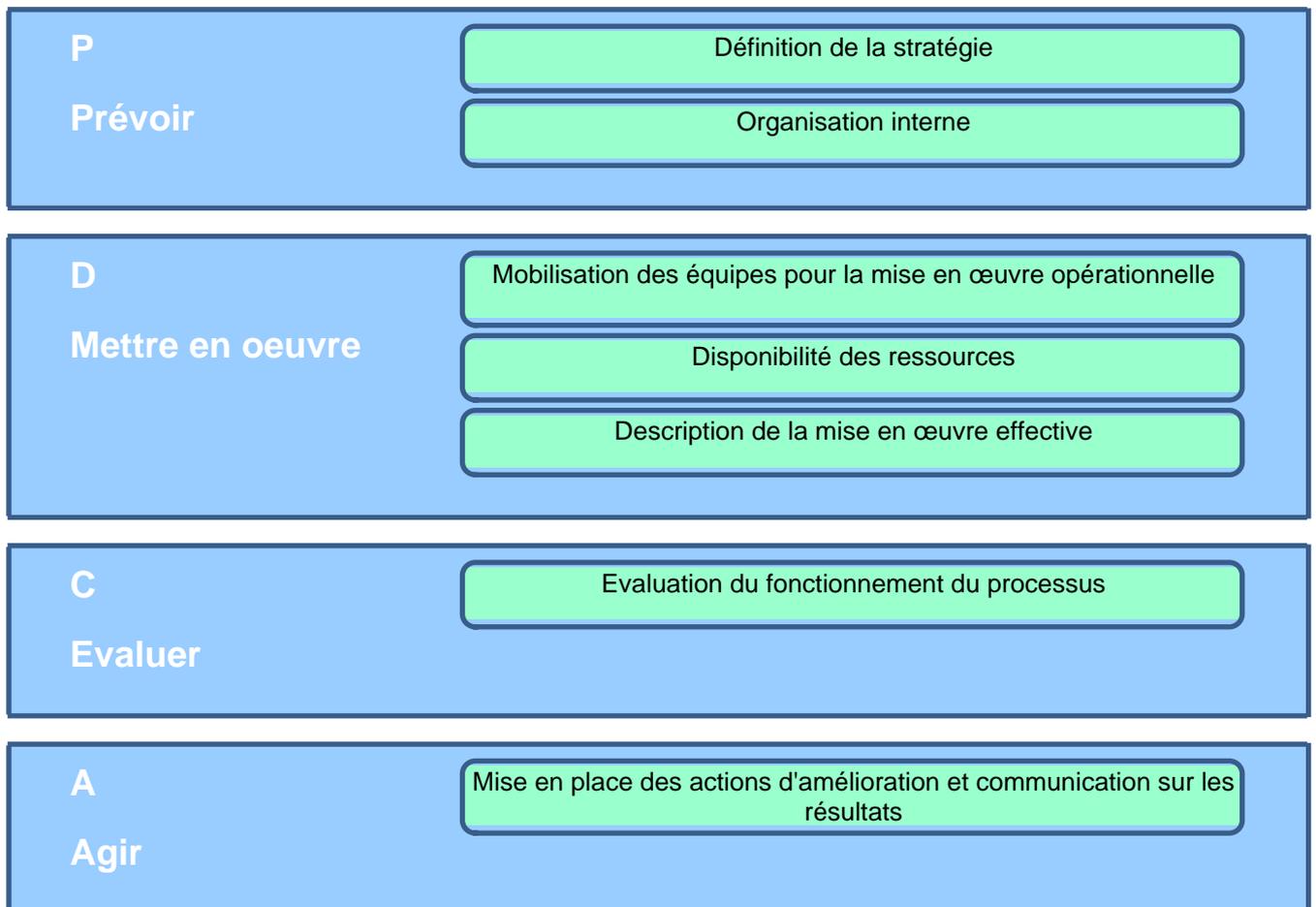
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Savoie-Belley s'est engagé dans la mise en place progressive d'une gouvernance qualité sécurité des soins commune. La première étape consiste à faire converger les démarches de certification vers une démarche synchronisée déterminée par un calendrier rapproché, à l'exception de deux sites ayant déjà eu leur visite de certification, dont le CH de St Jean de Maurienne, qui est en direction commune avec le CH de Modane. Une charte qualité gestion des risques du GHT vient d'être adoptée par les 7 établissements. Elle vise à développer le REQUA, réseau d'échanges qualité entre les établissements de santé du GHT et à mutualiser actions et expériences.

Le projet d'établissement 2012-2016 du CH de Modane comporte un volet qualité sécurité des soins intégrant la politique EPP. Il a été complété en 2017 par un Manuel qualité précisant les missions, l'organisation et les objectifs du management qualité gestion des risques. La politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

Dans le cadre de la préparation à la certification V2014, une formalisation de l'ensemble des processus a été réalisée sous l'impulsion de l'ingénieur qualité. Ce travail a abouti à l'identification des risques concernant les différents processus.

Pour l'ensemble des thématiques excepté le management sécurité des soins, les risques ont été analysés selon les échelles de criticité définies par l'HAS, ce qui a permis de les prioriser. Ils ont été intégrés au Compte qualité.

A partir de l'identification des risques, des objectifs d'amélioration ont été définis. Concernant le processus management qualité gestion des risques, deux types d'objectifs ont été définis en lien avec les particularités du site ou la politique du GHT.

Les objectifs sont déclinés en plan d'actions. Ils constituent le programme d'actions du Compte qualité, considéré comme le PAQSS 2017/18. Depuis plusieurs années, le CH de Modane formalise un PAQSS annuel.

Le PAQSS précise les modalités de mise en œuvre. Il indique le pilotage, les échéances, les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Au niveau du GHT, une organisation est en place pour piloter le processus commun à l'ensemble des sites. Le réseau qualité (REQUA) était en place avant le GHT. Il devient structure d'appui pour le GHT. Il est constitué des directeurs de sites et des acteurs qui portent la politique qualité sécurité des soins.

Au niveau du CH de Modane, outre le REQUA, l'organisation repose aussi sur la CME et des comités dont certains sont communs avec le CH de St Jean de Maurienne. Le manuel qualité décrit formellement les rôles, missions et interfaces. La COMEDIMS est une sous commission de la CME. La CSIRMT se réunit localement et au niveau du GHT. La CDU est en place sur le site. Le CLUD et le CLAN sont mutualisés avec St Jean de Maurienne. Le Groupe de suivi du programme des risques infectieux associés aux soins (GSPA) se situe au niveau du territoire.

La mise en œuvre du PAQSS repose sur une organisation basée sur des professionnels et la Commission des usagers. Un ingénieur qualité mutualisé avec le CH de St Jean de Maurienne est présent à hauteur d'une journée par semaine environ. Elle a un rôle de coordination, formation et vient en appui méthodologique auprès des professionnels. Actuellement le poste est vacant, son remplacement est imminent.

Le déploiement de la politique qualité sécurité des soins (certification, PAQSS, vigilances, EPP) est coordonnée par la Cellule qualité gestion des risques locale. Elle est composée des professionnels représentant les fonctions médicales, paramédicales, managériales et de support. Ses missions sont définies dans le Manuel qualité.

L'établissement organise la réponse à ses besoins et risques identifiés en matière de compétences, ressources matérielles et documentaires. L'organisation facilite la concertation entre professionnels. Une analyse préliminaire des risques a été conduite par l'ingénieur qualité. Les résultats ont été intégrés dans les données d'entrée du Compte qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions s'appliquent à l'ensemble de l'établissement. Ils sont communs aux secteurs sanitaire

et médico-social, les professionnels étant impliqués dans les deux secteurs qui fonctionnent de façon différenciée mais complémentaire. Le cadre de santé et le médecin référent SSR sensibilisent les équipes aux risques. En revanche, les professionnels ne sont pas systématiquement informés sur l'ensemble de l'organisation définie pour la mise en œuvre de la démarche qualité. En effet, l'identification des risques a été principalement réalisée par l'ingénieur qualité en lien avec le top management sans représentation des différents acteurs de terrain. L'identification des pilotes de processus et la connaissance de leur rôle est mal connue y compris des pilotes eux mêmes.

De plus, il y a une discordance entre le manuel qualité qui désigne le cadre de santé comme CGRAS, et la connaissance qu'en ont les professionnels dont le top management et le cadre de santé concerné lui-même. Toutefois, une réorganisation est actuellement en cours, notamment avec une nouvelle nomination aux fonctions de gestion des risques.

Les professionnels ayant des missions transversales sont très présents auprès des équipes au quotidien : pharmacienne, équipe mobile de soins palliatifs, cadre de restauration... Ils s'assurent de la conformité des pratiques et ils rappellent les bonnes pratiques ou informent des nouveautés. Si besoin, des actions correctives sont identifiées. L'encadrement est attentif aux remarques des patients et aux suggestions des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CH de Modane étant en direction commune avec le CH de St Jean de Maurienne, une réflexion conjointe est conduite sur les besoins en ressources humaines en terme de compétences et de politique de formations. Les emplois mutualisés font l'objet de conventions de mise à disposition (ingénieur qualité, cadre diététicien, assistante sociale, pharmacienne...). Les nouveaux arrivants bénéficient d'un programme de formation.

La gestion documentaire est organisée essentiellement sur un mode électronique. Un site de gestion documentaire permet l'accessibilité des documents à l'ensemble des professionnels. Sa mise à jour est prévue de façon effective. Un dispositif de déclaration des événements indésirables est en place. Les fiches d'événements indésirables sont sous format papier. Elles sont disponibles aux professionnels. Le circuit d'analyse et de traitement est en place.

L'établissement a défini son dispositif de gestion de crise. Les plans d'urgences sont définis et disponibles sur la gestion documentaire. Ils feront l'objet d'une harmonisation dans le cadre du GHT.

Les vigilances ne sont pas complètement opérationnelles. La liste des vigilants n'est pas à jour dans les services de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de terrain mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. Lorsque de nouvelles procédures ou documents sont mis en place, le cadre les présente à son équipe lors des transmissions ou réunions de service. La traçabilité des actions et activités réalisées est effective. Elle est sous la responsabilité de l'ingénieur qualité et de l'encadrement.

La déclaration des événements indésirables est mise en œuvre. Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels. Les circuits sont connus et respectés.

En revanche, tous les comités ne se sont pas réunis à périodicité régulière. Lors des deux dernières années, le CLAN et le Groupe EPP ne se sont pas réunis plus d'une fois. La COMEDIMS n'a été réunie que deux fois en 2017. La taille de l'établissement favorise les interactions et échanges quotidiens entre les équipes. Des staffs sont conduits toutes les deux semaines et permettent de faire un point sur les prises en charges des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre de nombreuses évaluations. Il recueille les IQSS (indicateurs nationaux qualité sécurité des soins) mais dispose aussi d'indicateurs internes (nutrition, satisfaction). Il déploie des patients traceurs. Des CREX sont conduits. Les EPP sont formalisées et suivies sous la forme d'un tableau de bord.

Des bilans d'activité sont réalisés. Ils portent sur les vigilances, les événements indésirables, les plaintes et réclamations... Un suivi du PAQSS du Compte qualité est réalisé par l'ingénieur ou en son absence par un cadre de santé.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre à l'appui des résultats d'évaluation. Toutefois, le programme d'actions qualité sécurité des soins global n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations conduites. En effet, il existe plusieurs plans d'actions suite aux CREX, patients traceurs... Ils ne sont pas articulés avec le PAQSS.

La communication auprès des professionnels est conduite en interne au cours des différents comités ou groupes de travail. Le journal interne est également un support d'information. Pendant la durée de la préparation de la certification, il a été mis en place par l'ingénieur une lettre qualité "BIC'alité".

Les usagers sont informés en CDU. Des affichages sont aussi à leur disposition notamment sur les résultats des indicateurs.

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	PS	<p>Les professionnels ne sont pas systématiquement informés sur l'ensemble de l'organisation définie pour la mise en œuvre de la démarche qualité.</p> <p>En effet, l'identification des risques a été principalement réalisée par l'ingénieur qualité en lien avec le top management sans représentation des différents acteurs de terrain. L'identification des pilotes de processus et la connaissance de leur rôle est mal connue y compris des pilotes eux mêmes.</p> <p>De plus, il y a une discordance entre le manuel qualité qui désigne le cadre de santé comme CGRAS, et la connaissance qu'en ont les professionnels dont le top management et le cadre de santé concerné lui-même.</p> <p>Toutefois, une réorganisation est actuellement en cours, notamment avec une nouvelle nomination aux fonctions de gestion des risques.</p>	1g
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Les vigilances ne sont pas complètement opérationnelles.</p> <p>La liste des vigilants n'est pas à jour dans les services de soins.</p>	8i
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Tous les comités ne se sont pas réunis à périodicité régulière</p> <p>Lors des deux dernières années, le CLAN et le Groupe EPP ne se sont pas réunis plus d'une fois. La COMEDIMS n'a été réunie que deux fois en 2017.</p>	2c
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>Le programme d'actions qualité sécurité des soins global n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations conduites</p> <p>En effet, il existe plusieurs plans d'actions suite aux CREX, patients traceurs... Ils ne sont pas articulés avec le PAQSS.</p>	8a

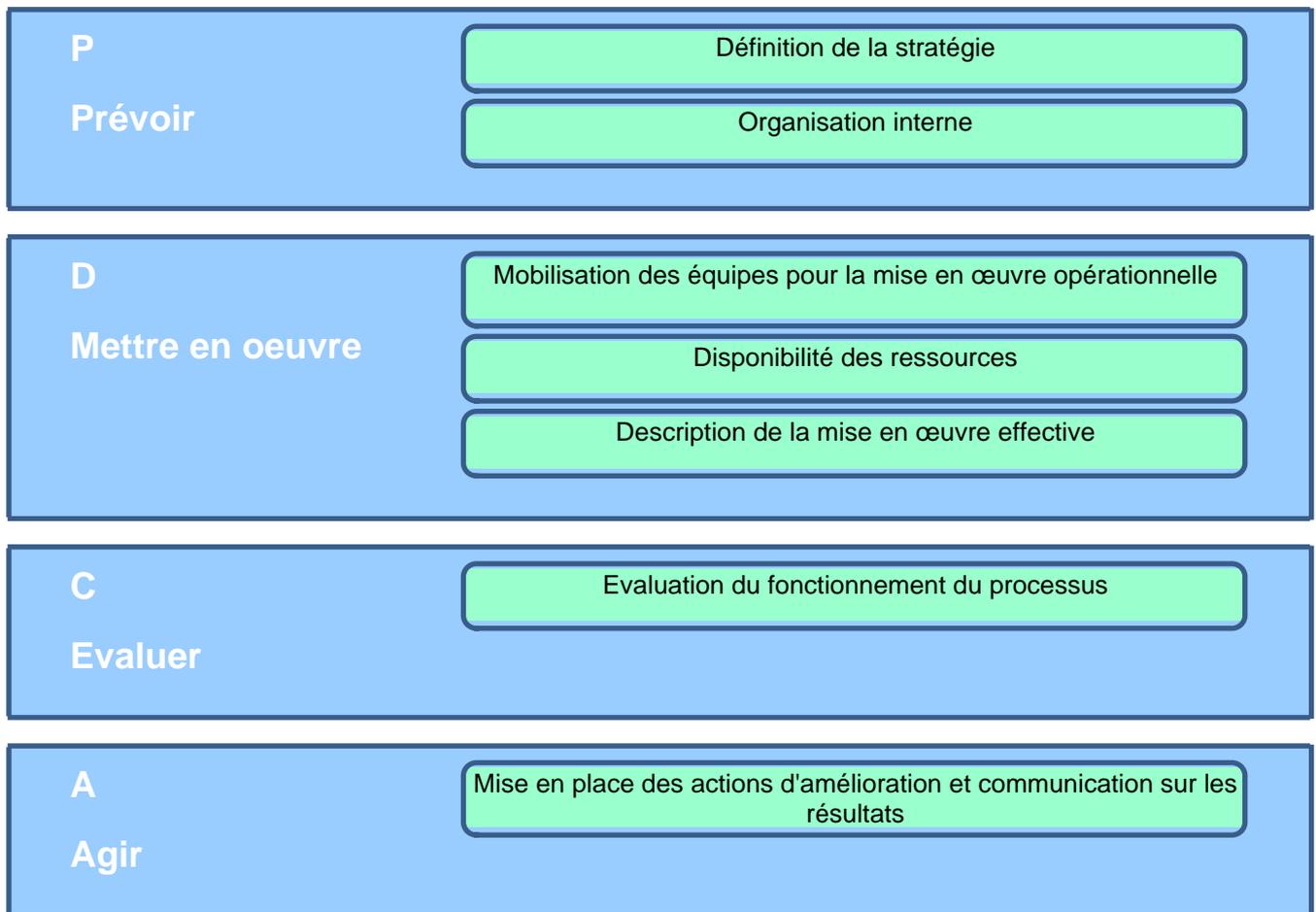
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une politique en matière de promotion des droits du patient en lien avec la Commission des usagers. Celle-ci est inscrite dans le projet d'établissement 2012/2016 et dans les orientations de la politique qualité.

Dans le cadre de la préparation à la certification hospitalière, la carte d'identité du processus a été réalisée et a permis l'identification des risques liés à cette thématique. Cinq risques ont été définis. Ils portent sur : la maltraitance, le recueil du consentement, la confidentialité, la contention et la restriction de liberté, la traçabilité de l'information du patient ou son entourage. Les risques ont été analysés et hiérarchisés. La cotation des risques a été réalisée sur la base des échelles de gravité, vraisemblance et criticité de la HAS.

Ce travail a conduit à définir un plan d'actions. La stratégie a été validée par les instances concernés.

ORGANISATION INTERNE

La mise en œuvre et le suivi du plan d'actions s'appuie sur une organisation définie. Celle-ci repose sur la cellule qualité gestion des risques, chargée de coordonner et suivre les programmes d'actions.

La Commission des usagers est en place. Elle possède un règlement intérieur. Deux nouvelles représentantes des usagers ont été nommées. L'une d'elle est chargée de présider la CDU. Les missions de la CDU sont définies formellement. Les patients sont informés sur les droits et missions de celle-ci via le livret d'accueil et un affichage. Un médiateur médical et deux médiateurs paramédicaux sont désignés.

Une procédure de traitement des plaintes et réclamations est en place. Chaque courrier fait l'objet d'une analyse en lien avec les professionnels concernés et d'une réponse à l'utilisateur. Des affiches à destination des usagers sont visibles dans les espaces communs.

L'établissement dispose de plusieurs chartes: personne hospitalisée, personne âgée dépendante et bienveillance.

En lien avec le CLUD, un dispositif d'information a été mis en place à destination des patients. Des documents d'information sur les directives anticipées et la personne de confiance sont à disposition. Un document unique d'information sur le recueil du consentement a été mis en place. Il existe également un formulaire de refus de soins.

Le centre hospitalier de Modane dispose de locaux et d'équipements permettant le respect de l'intimité et de la confidentialité avec des chambres individuelles et des salons d'accueil ou bureaux. Les locaux permettent un réel confort hôtelier pour les patients et leur entourage. Des chambres famille sont à disposition. Les accompagnants peuvent bénéficier d'une prestation restauration. L'organisation des visites est facilitée.

La filière gériatrique Maurienne ainsi que la direction commune avec St Jean de Maurienne fluidifient la gestion des interfaces. Le parcours du patient en est facilité.

Un système de déclaration des situations de maltraitance est en place. Les fiches de signalement des événements indésirables comportent un critère maltraitance pouvant être renseigné. Une assistante sociale, mutualisée avec l'hôpital de St Jean de Maurienne, est présente une demi-journée par semaine. Elle est sollicitée pour signaler les patients démunis. Ce dispositif est connu des professionnels.

L'établissement dispose d'un plan de formation. Celui-ci est planifié annuellement. Il comporte des actions concernant la confidentialité ou la bienveillance.

Une procédure d'information en cas de dommages liés aux soins est définie et diffusée. Une information sur celle-ci a été communiquée en Commission médicale d'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes portent une attention particulière à la bienveillance au quotidien. Celle-ci se traduit par un souci de l'information donnée et la qualité de l'accueil.

Les cadres de santé sensibilisent leur équipe à la confidentialité et au respect des droits du patient. Elles s'assurent du respect des bonnes pratiques. Des actions correctives sont identifiées si besoin. Un rappel des règles de bonne conduite (frapper à la porte, respecter l'intimité, favoriser le lien social et l'expression...) a été communiqué dans la lettre qualité "BIC'alité".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe mobile de soins palliatifs se déplace régulièrement auprès des équipes cliniques pour les conseiller sur la prise en charge des personnes en fin de vie, accompagner le patient et l'entourage. Elle est sollicitée également pour informer et aider les patients qui le souhaitent, dans l'expression de leurs directives anticipées.

L'équipe des restaurations organise pour les patients de SSR des animations. Des repas et goûters à thème sont mis en œuvre.

Le site de gestion documentaire met à disposition des professionnels les documents utiles. Cela concerne les documents d'information ou de traçabilité et les procédures ou protocoles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation est connue des professionnels. Ils savent orienter les patients vers les interlocuteurs utiles et capables de répondre à leurs besoins: assistante sociale, bureau des entrées, direction, équipe mobile de soins palliatif...

Le patient, ou son entourage, est pris en compte dans la construction et la mise en œuvre de son projet personnalisé de soins. Les projets personnalisés de soins sont discutés et mis à jour en staff, sous la coordination du cadre de santé.

Un travail est actuellement réalisé par des professionnels visant à actualiser le projet bien-être du centre hospitalier. Une évaluation des pratiques professionnelles sur la contention est mise en œuvre afin d'améliorer l'organisation, les pratiques et de s'assurer du respect des libertés individuelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits du patient est réalisée de façon périodique. Elle repose sur le recueil des indicateurs nationaux qualité sécurité des soins (IQSS) : prise en charge de la douleur par exemple mais aussi des indicateurs locaux (nombre de personnes formées à la bien-être par an, taux de traçabilité de recueil du consentement, le taux de traçabilité de prescription des contentions). Une EPP est en place sur le respect de bonnes pratiques de mise en place d'une contention physique.

La CDU réalise un bilan annuel. Les bilans sont communiqués à l'ARS.

La satisfaction du patient est recueillie. Le dispositif repose sur le recueil des questionnaires de sortie. En 1 an, le taux est passé de 14 % à 21%.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont articulées au programme institutionnel du Compte qualité ou de la CDU. Elles font l'objet d'un suivi et d'un réajustement annuel.

La communication sur les actions ou les événements est réalisée en interne dans les instances ou comités ou par un article dans la revue hospitalière interne ("BIC" ou "BIC'alité"). Elles peuvent faire l'objet d'un retour d'expérience au sein du réseau qualité du groupe hospitalier de territoire.

Les informations sont portées à la connaissance des représentants des usagers. La commission des usagers propose des actions correctives. Ses recommandations sont tracées dans les compte-rendus et le rapport annuel.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

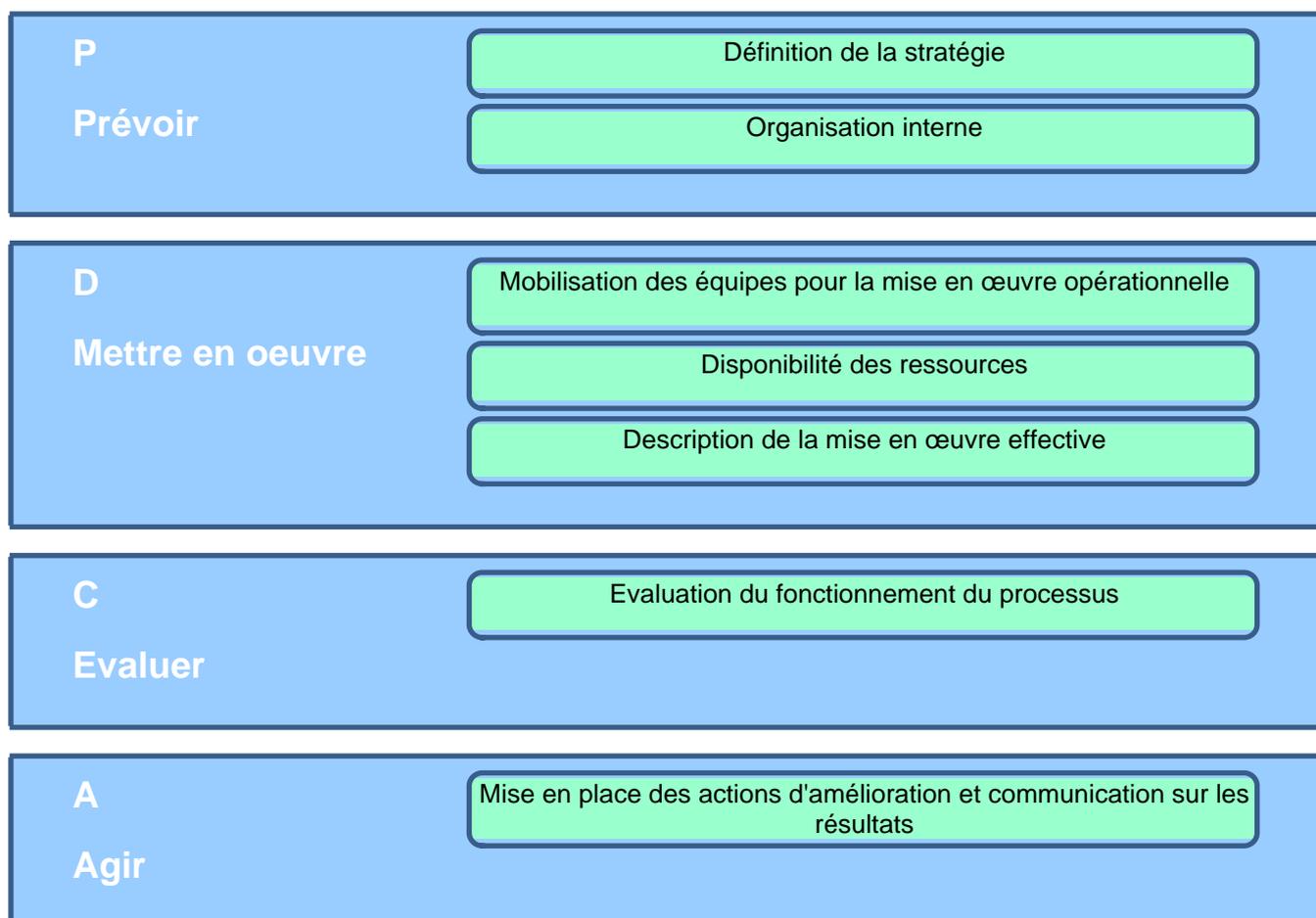
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, de ses missions, des besoins de la population et du projet médical de territoire. Le centre hospitalier de Modane fait l'objet, depuis 2010, d'une direction commune avec celui de St Jean de Maurienne. Le projet médical a été élaboré en concertation entre les deux établissements.

L'établissement joue un rôle d'acteur sanitaire et médico-social de proximité particulièrement en matière de prise en charge gériatrique. Il est partie prenante de la filière gériatrique de la vallée de la Maurienne, qui regroupe l'ensemble des acteurs locaux qui interviennent dans la prise en charge des personnes âgées. Le groupement hospitalier de territoire se met en place et travaille actuellement sur un projet médical commun.

Les objectifs sont validés par les instances concernées. Le projet médical a été présenté en Conseil de surveillance et en CME (2015).

Dans le cadre de la préparation V2014, le processus Parcours patient a été formalisé. Une carte d'identité du processus a été définie. Des risques ont été identifiés et hiérarchisés sur la base des échelles de risques de la HAS. Ils portent sur : la rupture de la continuité des soins, le défaut de coordination avec les établissements d'amont ou d'aval, l'absence de traçabilité de l'examen clinique initial, l'absence de rédaction d'un projet personnalisé de soins, la prévention du risque suicidaire, le risque de fausse route.

Au regard de cette cartographie, des objectifs ont été définis. Le programme d'actions est articulé au Compte qualité et vise à maîtriser les risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation pour mettre en œuvre le programme d'actions du Compte qualité est formalisée. Le plan d'action précise le responsable projet, le calendrier et les modalités de suivi.

Les rôles et responsabilités des professionnels sont définis. L'ensemble du personnel y compris médical a une fiche de poste.

Les besoins en ressources humaines sont identifiés. Une attention particulière est portée sur le recrutement de compétences adaptées aux besoins et sur la mutualisation des moyens entre les hôpitaux de Modane et de St Jean de Maurienne.

Un plan de formation annuel est établi. Il est placé sous la coordination d'un cadre de santé.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Il permet la diffusion d'informations en matière de parcours patients.

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources qualitative et quantitative aux besoins de la prise en charge.

Le CH de Modane a pris possession de nouveaux locaux en 2013. Il offre des chambres individuelles pour les patients. Deux chambres famille sont à disposition. Un plan d'équipement pluriannuel est en place. il a permis par exemple l'acquisition de lève-malades, rails...

Au regard de ses missions, des procédures ou formulaires sont établis. Ils sont accessibles sur le site partagé de gestion documentaire (procédure entrée et sortie, procédure décès, procédure projet de soins personnalisé...). En revanche, l'établissement ne met pas en œuvre de dispositif d'identification systématique du risque suicidaire.

Les circuits et interfaces en interne et externe sont opérationnels et facilitant la concertation entre professionnels. Comme le confirment les patients traceurs, le parcours patient inter établissement est fluide. En interne, les services support sont organisés pour faciliter la coordination de la prise en charge des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions sont déclinés dans la mise en œuvre au niveau du service de SSR. Le service s'appuie sur le plan d'actions institutionnel.

Les médecins et les cadres de santé sensibilisent les équipes médicales et paramédicales aux actions à conduire lors des réunions de transmissions ou des staff. Ceux-ci sont organisés toutes les deux semaines et renforcent la concertation pluriprofessionnelle. L'encadrement médical et paramédical est impliqué dans les différents comités ou instances ainsi que dans la cellule qualité gestion des risques.

Les cadres de santé s'assurent des conformités de bonnes pratiques. Les nouvelles procédures font l'objet d'une information aux équipes lors des transmissions.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les suggestions ou initiatives des professionnels pour améliorer la prise en charge des patients sont prises en compte. Des actions périodiques ou ponctuelles d'évaluation sont réalisées dans le service ou au niveau transversal. Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs, CREX, fiches événements indésirables...

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les professionnels paramédicaux ont été formés aux gestes d'urgence vitale. Le service possède un sac de prise en charge des urgences vitales. Il est scellé. L'inscription des professionnels est obligatoire et un suivi est réalisé par le cadre de santé. Le sac d'urgence est vérifié tous les mois par une infirmière différente à chaque fois, dans un but pédagogique. Les urgences sont orientées vers le CH de St Jean de Maurienne.

Les professionnels paramédicaux sont mutualisés sur les différents secteurs afin d'acquérir une bonne connaissance de la prise en charge des patients et des parcours. Une partie de l'équipe est mutualisée avec le CH de St Jean de Maurienne, ce qui permet d'assurer une présence des kinésithérapeutes, psychomotricien, diététicien, assistante sociale... Une psychologue intervient régulièrement. L'équipe mobile de soins palliatifs est également mutualisée. Elle intervient systématiquement en support lors de la prise en charge des patients en fin de vie auprès des équipes, des patients et des familles. Elle propose aussi des actions de formation.

Les règles de présence et le système de gardes et astreintes est opérationnel. Il permet la continuité des soins. La continuité médicale est organisée 24h/24 en lien avec des médecins libéraux. Elle est principalement réalisée par les médecins titulaires pour sécuriser le dispositif.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de ses besoins. Un des axes du Compte qualité a été de veiller à sa traçabilité dans le dossier patient, ce qui a contribué à une réorganisation médicale.

Les activités de soins de suite et réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge. L'ensemble des intervenants trace les soins donnés dans le dossier informatisé. A partir de ces données, le cadre de santé complète le projet personnalisé de soins. De dernier est mis à jour lors du staff. La réflexion bénéfice-risques est prise en compte.

Les infirmières et aides-soignantes s'appuient sur une chek list pour assurer des conditions d'accueil et de sortie des patients conformes aux attendus. Des actions de sensibilisation d'éducation thérapeutique sous forme de conseils aux patients peuvent être réalisées si besoin par les équipes médicales et paramédicales.

En revanche, les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas transmises aux professionnels d'aval dans les délais réglementaires. En effet, Il n'existe pas toujours de transmission de compte rendu d'hospitalisation dans les délais préconisés. Ceci est d'ailleurs confirmé par l'indicateur correspondant IPAQSS à 35% en 2015. Lors de la sortie, la lettre de liaison n'est souvent pas remise au patient. L'établissement l'a identifié comme un risque du compte qualité et un objectif à atteindre.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est réalisé et tracé dans le dossier. L'établissement porte une attention particulière à la qualité de l'alimentation et au suivi de la nutrition. A partir du dossier informatisé, une analyse du profil nutritionnel de chaque patient est réalisé, ce qui permet une personnalisation des soins nutritionnels.

La prise en charge en charge des populations spécifiques est en place. Celle des personnes âgées est organisée en lien avec la filière gériatrique et les différents acteurs de santé. L'établissement assure l'accueil des personnes porteuses d'un handicap. Une unité médico-sociale interne au centre hospitalier permet d'accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de graves troubles cognitifs. Les personnes démunies sont reçues par l'assistante sociale.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital réalise des actions d'évaluation: recueil des indicateurs nationaux (dossier patient, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de la prise en charge de la douleur), satisfaction du patient (questionnaires de sortie). Il travaille actuellement à l'amélioration du taux de retour des questionnaires de sortie, qui a permis une progression de 14 à 21% entre 2016 et 2017.

Des évaluations des pratiques professionnelles ont été réalisées sur la douleur et la prise en charge nutritionnelle. Elles font maintenant l'objet d'une surveillance avec le suivi des indicateurs nationaux ou internes. Une EPP sur la contention vient d'être initiée.

Des patients traceurs ont été réalisés. Ils ont été réalisés en équipe et ont permis une évaluation de la prise en charge des parcours en SSR.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées. Elles sont formalisées.

Une communication des résultats des indicateurs est réalisée auprès des professionnels lors des comités ou des instances, en réunion de transmission ou sur le support du journal interne. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés. Ils sont également communiqués en Commission des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'établissement ne met pas en œuvre de dispositif d'identification systématique du risque suicidaire. L'établissement n'a pas prévu de dispositif d'identification et de sensibilisation au dépistage du risque suicidaire au sein d'une population exposée.	19c
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas transmises aux professionnels d'aval dans les délais réglementaires. Il n'existe pas toujours de transmission de compte rendu d'hospitalisation dans les délais préconisés. Ceci est d'ailleurs confirmé par l'indicateur correspondant IPAQSS à 35% en 2015. Lors de la sortie, la lettre de liaison n'est souvent pas remise au patient. L'établissement l'a identifié comme un risque du compte qualité et un objectif à atteindre.	24a

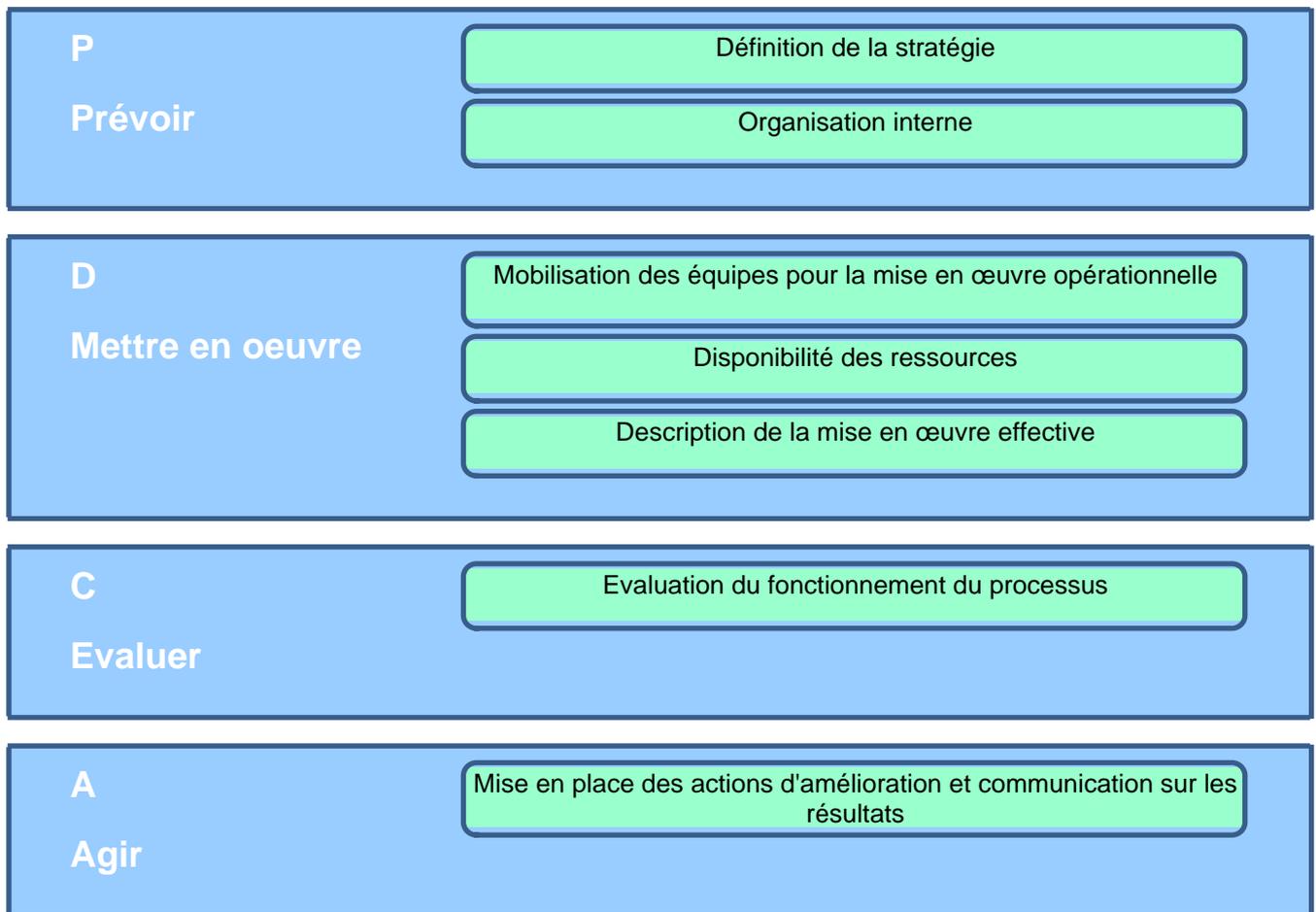
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de gestion du dossier patient est inscrite dans le projet d'établissement du CH de MODANE arrivé à échéance en 2017. Celui-ci incluait le projet du système d'information, et l'informatisation totale des différents secteurs d'activité de l'établissement.

L'informatisation du dossier patient est finalisée en particulier concernant la gestion des données administratives du patient, le dossier de soins, le circuit du médicament et une partie du dossier médical. Concernant les documents de courrier et les résultats d'examen du patient, en l'absence de récupération numérique scannée, il existe encore une partie du dossier sous forme papier. Un accès par VPN au dossier informatisé et de la prescription depuis les cabinets des médecins libéraux participants à la prise en charge des patients a été mis en place.

Actuellement dans le cadre du GHT Savoie, une réflexion est conduite concernant l'harmonisation des SIH. De fait, le nouveau projet en cours de réalisation précisera les orientations stratégiques. Cependant au-delà de la stratégie du SIH, un schéma directeur concernant le dossier patient lui-même n'est pas formalisé dans les orientations stratégiques. En raison du contexte lié à la mise en place du GHT, la stratégie en matière de dossier patient informatisé n'est actuellement pas définie.

L'élaboration du Programme institutionnel d'actions et sa mise en œuvre ont pris en compte les résultats des indicateurs TDP relatifs au dossier patient, l'identification des risques du processus et l'analyse des besoins concernant les données de prise en charge des patients, enfin le suivi des plaintes et réclamations. Quatre risques ont été priorités et portés sur le compte qualité. Les objectifs d'améliorations ont été identifiés : document d'admission incomplet, information sur l'accès au dossier patient, guide du dossier patient et délai réglementaire d'accès au dossier.

ORGANISATION INTERNE

La gestion du dossier patient sous contrôle de la direction, est organisée avec le médecin du SSR pilote de la thématique récemment nommé (sans lettre de mission), l'encadrement et l'équipe SIH de St Jean de Maurienne. Ainsi au plan des Ressources humaines du temps de technicien est dédié pour la fonction Support.

Concernant la création du dossier et l'identification patient, deux agents administratifs assurant aussi l'accueil ont été formés d'une part à l'identitovigilance et d'autre part à l'utilisation du logiciel d'identification ad hoc. Les équipes médicales et soignantes sont chargées de la tenue du dossier informatisé et colligent la partie de données encore « papier » non intégrable dans le DPI.

Les structures mises à contribution pour la gestion du dossier patient et les suivi du PAQSS sont la commission des soins, la cellule qualité du CH de Modane et la DSIO qui est commune avec le CH de St Jean de Maurienne. Les rôles et les attributions des agents et des professionnels intervenants sur le dossier sont déterminés (Fiches de poste, portées dans le guide du dossier). Il existe une cellule d'identitovigilance et un vigilant est identifié.

Le dispositif de ressources documentaires est sur l'intranet. Il est accessible à tous les professionnels. La procédure de "circuit du dossier patient" comprend la prise en charge administrative du patient, le guide d'utilisation, les procédures de transfert ou de transport, de classement du dossier et la procédure de gestion de demande d'accès au dossier. On retrouve aussi les chartes de confidentialité, la charte informatique du dossier et les diverses interfaces concernant le dossier papier/dossier informatisé. (Fiches, aides etc...). Chaque intervenant est amené à signer la charte informatique et de confidentialité avant de recevoir ses identifiants. Le service informatique gère les différents profils de connections et d'habilitation qui sont adaptés aux différentes catégories professionnelles.

De même les différentes étapes du processus de transmission ou d'accès au dossier patient, en particulier pour les ayant droits, sont décrites dans une procédure ad hoc où sont jointes en annexe les différentes fiches en rapport (Information de l'ayant droit, réglementation, demande, traçabilité, Check-list des pièces constitutives, factures, et procédures de destruction). Le livret d'accueil contient les informations nécessaires pour l'utilisateur concernant la confidentialité, ses droits et l'accès à son dossier.

La gestion des interfaces est organisée pour assurer la coordination des différentes ressources cliniques, médico-techniques et administratives (restauration, informatiques, admissions). L'établissement est intégré dans le dispositif Trajectoire.

La sécurisation des données est réalisée par une sauvegarde informatique régulière. Enfin en cas de

panne, une procédure dégradée de gestion du dossier est prévue dans une procédure connue des professionnels

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au sein des secteurs d'activité, l'encadrement communique sur la mise en œuvre du PAQSS. Les professionnels participent à la déclinaison du plan d'action concernant l'amélioration du dossier patient au travers de la réalisation de documents, de fiches, de plan de soins et de l'analyse des dossiers lors des audits.

Les responsables de la cellule qualité communiquent sur les indicateurs et les avancements des actions. La sensibilisation dans ces domaines passe aussi par des articles dans la revue "BIC'alité" sur l'intranet. Des communications concernant le dossier médical et sa gestion sont réalisées en CME à destination des médecins participants à la prise en charge des malades (par ex mise en place du VPN, CR, courrier etc ...).

L'encadrement, au vu des résultats des indicateurs ou des dysfonctionnements concernant le dossier, met en place des réajustements de pratiques concernant la réalisation du dossier de soins et l'élaboration du projet personnalisé de soins en particulier lors des staff bi mensuels

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées en compétence et en nombre aux besoins de l'établissement. Les services informatiques sont mutualisés avec le CH de St Jean de Maurienne et un technicien est affecté en temps partagé.

Les outils papiers et informatiques (Portables, PC) pour tracer, archiver et accéder aux éléments contributifs à la prise en charge des patients sont disponibles. Grace au système VPN les dossiers et les informations concernant les patients hospitalisés sont disponibles dans les cabinets médicaux. Des locaux serveur et des locaux d'archivage sécurisés sont implantés dans l'établissement. Un plan de maintenance est élaboré ainsi qu'un programme de renouvellement du matériel.

Les professionnels sont formés aux nouveaux outils et le maintien des compétences est assuré. Les nouveaux arrivants sont formés et bénéficient d'un accompagnement. Toute la documentation est accessible sur l'intranet dédié, il existe aussi pour l'utilisateur en plus de l'aide documentaire, une assistance technique téléphonique et de procédure dégradée en cas de dysfonctionnement avec un plan de reprise d'activité.

Les logiciels de gestion administrative, de gestion des données médicales et de gestion documentaire sont en place et accessibles à l'ensemble des professionnels. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation et l'accessibilité 24h/24h.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est créé au service des admissions selon les règles relatives à l'identitovigilance établies et une pièce d'identité est demandée lors des formalités d'admission. Le contenu du dossier du patient répond aux procédures formalisées pour sa création, sa tenue et son archivage.

La démarche de demande d'accès au dossier patient est présentée dans le livret d'accueil. Il y eu au cours des trois dernières années une seule demande de communication de dossier patient qui a été satisfaite dans les limites des délais de la réglementation.

La permanence informatique est assurée au quotidien et en cas d'urgence, le service informatique assure une astreinte H24. Un contrôle annuel des habilitations est réalisé.

Au niveau des unités, le stockage et l'accès au dossier informatique et papier répondent aux bonnes pratiques de confidentialité et de sécurisation (portes fermées, ordinateurs déconnectés etc). La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge en temps utile dans le dossier patient est assurée par l'ensemble des professionnels tant au niveau administratif que soignant. Cependant, les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas toujours identifiés. La recherche évaluative du risque suicidaire n'est pas toujours tracée. Les données sous forme papier non intégrées dans le DPI concernant la prise en charge du patient sont colligées de façon exhaustives (consentement, personne de confiance, directives etc). Les autres éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracées dans le dossier en temps utiles soit sous forme papier (biologie, CR d'examen paracliniques) soit dans le dossier DPI.

Si les consignes de surveillance, prescriptions médicamenteuses et des soins sont bien intégrées dans le DPI ainsi que les transmissions infirmières, du fait du manque d'ergonomie du progiciel, l'accès aux données du dossier patient est complexe et les praticiens n'utilisent pas ou ne connaissent pas toutes ses

capacités comme la production de courrier par exemple.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure un suivi des indicateurs IPAQSS, tableaux de bord, et participe à l'indicateur hôpital numérique. Il réalise aussi des évaluations au travers des patients traceurs et des audits sur la tenue du dossier patient.

Le droit d'accès du patient à son dossier est évalué et les délais définis par la réglementation pour cet accès sont analysés en lien avec la CDU et figurent dans son rapport annuel. Les demandes d'accès sont consignées dans un registre avec les délais d'envoi du dossier.

A / AGIR

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

Les résultats des audits et autres évaluations sont pris en compte dans la définition des actions d'amélioration à apporter au fonctionnement : utilisation de trajectoire pour les admissions, procédure d'admission du patient, réalisation de la check-list d'entrée AS et IDE, évaluation annuelle des dossiers patients, mise en place d'actions de sensibilisation du personnel sur la procédure "accès au dossier patient", actions de communication sur l'existence du guide du dossier patient et re-sensibilisation des agents administratifs sur les délais réglementaires.

La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès de la CME, des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	un schéma directeur concernant le dossier patient n'est pas formalisé dans les orientations stratégiques. En raison du contexte lié à la mise en place du GHT la stratégie en matière de dossier patient informatisé n'est actuellement pas définie.	5a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas toujours identifiés L'examen des dossiers consultés et l'examen des dossiers des patients traceurs montre que la recherche évaluative du risque suicidaire n'est pas toujours tracée.	19c

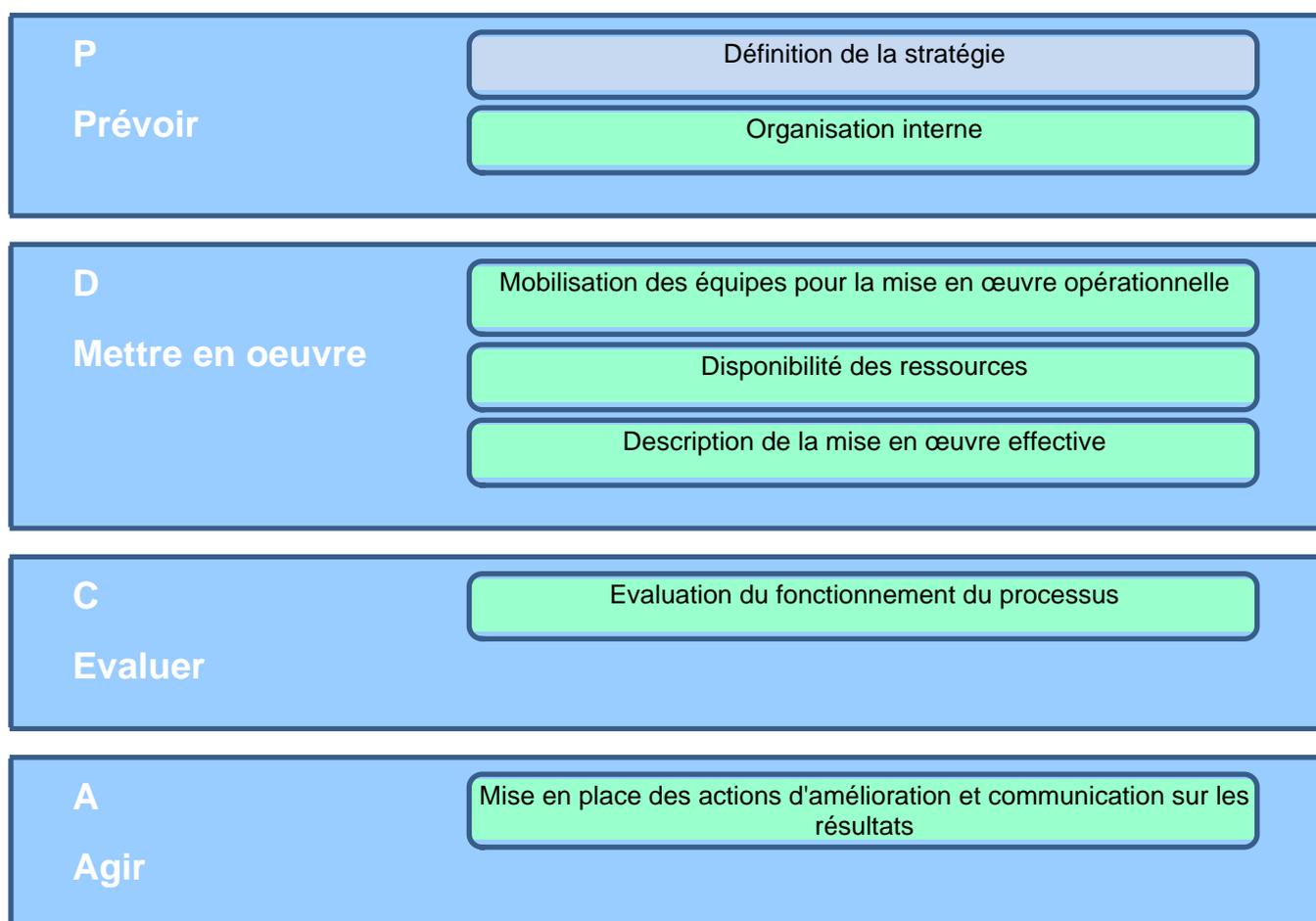
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est intégrée au projet d'établissement. Cette politique comprend plusieurs axes : la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, l'élaboration et le suivi du livret thérapeutique de l'établissement, la sécurisation du circuit du médicament, le bon usage des antibiotiques et les dispositions spécifiques au sujet âgé avec des prescriptions adaptées. Le compte qualité a été élaboré à partir de l'identification au travers d'une cartographie des risques liés aux EI, aux résultats de la certification précédente et des risques identifiés par l'ingénieure qualité et la pharmacienne avec la participation d'un groupe de travail selon la méthode APR pour l'évaluation structurée des risques.

Plusieurs risques ont été identifiés, hiérarchisés et portés dans le CQ, selon les étapes du circuit du médicament en articulation sur le PAQSS. Concernant la livraison : Absence de traçabilité, caisse de transport non sécurisée, conservation des médicaments (entretien et dégivrage du réfrigérateur). Concernant la prescription : prescription orale, absence du double de l'ordonnance, libellé imprécis ou erroné. Enfin concernant l'administration : erreur d'administration ou absence de saisie de l'administration. Les mesures de traitement ont été arrêtées avec des ressources et des modalités de suivi identifiées, certaines sont finalisées.

Ainsi chaque année le programme d'actions qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse est évalué et actualisé par la pharmacienne. Les modalités de mise en œuvre du programme comprennent des objectifs avec des actions et des responsables et des échéances. Ainsi le Projet pharmacie 2017-2022 mentionne le projet de GCSMS (robotisation) relatif à la PUI du CH dans le cadre de la filière, la mutualisation de l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

Deux fiches d'identité du processus de prise en charge médicamenteuse (20a et 20a bis) ont été réalisées permettant de décrire les rôles, les objectifs, les responsabilités et les risques des différentes étapes du processus. La stratégie et le programme d'action sont présentés en COMEDIMS, en CME et validés. Malgré le contexte de problèmes intercurrents : départ du RAQ, et l'absence du pharmacien remplacé pendant un an par une intérimaire, la politique impulsée a été reprise et poursuivie.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le pilotage du processus est assuré par la pharmacienne qui assure ses missions conformément à celles définies dans sa fiche de poste. Elle était assistée jusqu'à son départ par l'ingénieure qualité dont le remplacement est prévu dans le mois. La pharmacienne assure actuellement la fonction de RSQPCEM. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la PUI et de la prise en charge médicamenteuse sont prévues et organisées (pharmacien, préparateur). Ainsi pendant son congé la pharmacienne titulaire a été remplacée.

Le COMEDIMS se réunit au décours des réunions de CME.

Il existe un manuel d'assurance qualité du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui vaut règlement intérieur. Sa mise à jour a été validée en CME (déc 2017). Ce manuel qualité décrit les règles de fonctionnement de la pharmacie, son activité et son organisation avec la cartographie du processus PECM, la politique qualité, le management des ressources et la gestion documentaire.

Les locaux de la pharmacie permettent le stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés et leur approvisionnement. L'accès à la pharmacie est sécurisé.

L'informatisation du circuit du médicament est achevée. Il comprend toutes les étapes depuis les commandes avec la gestion du stock, les prescriptions et la traçabilité de l'administration. Les droits d'accès sont organisés. Ce logiciel est accessible par les praticiens depuis le service ou le cabinet.

Les règles de prescription sont disponibles sur l'intranet et validées par la CME. Les supports sont informatiques avec une impression possible de l'historique ou des ordonnances.

Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation entre la pharmacie et les SSR, les fournisseurs, les SIH et le laboratoire (convention). La pharmacienne se concerta avec les cadres des services et la cellule qualité pour organiser la déclinaison de la démarche qualité, en actions ciblées jusqu'aux secteurs d'activité. Elle dispose d'un visuel sur le dossier mais aussi sur les résultats biologiques ainsi la conciliation médicamenteuse est en place et l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients est de 100%.

La gestion du traitement personnel répond à une procédure disponible sur la GED. De même l'astreinte pharmaceutique est organisée (tableau). La dotation pour les besoins urgents est accessible selon une procédure (armoire).

La dispensation pharmaceutique est organisée depuis la pharmacie selon le suivi des commandes informatisées du service et les prescriptions des praticiens.

Les modalités d'organisation assurant la sécurisation de la dispensation du médicament sont définies, mais laissent cependant apparaître une fragilité quant à la dispensation de certains médicaments. La dispensation des traitements médicamenteux est réalisée dans l'unité pour une période de 14 jours, puis elle est répartie quotidiennement par l'infirmière de nuit dans les piluliers de chaque patient. En cas de modification thérapeutique la pharmacienne intervient aussitôt pour modifier la dotation stockée dans le service.

Cependant si une modification rapide de posologie survient dans un dosage (par ex AVK), ce sera à l'IDE, après validation avec le médecin, de modifier ce dosage pour les médicaments sécables tel que les AVK (1/2 à 1/4 de cp par exemple). Cette manipulation réalisée par l'infirmière de nuit peut exposer à une erreur de dosage en sus ou en moins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La participation aux relèves infirmiers et au staff de la pharmacienne, la réalisation de patients traceurs, d'EPP (Sécurité médicamenteuse chez le sujet âgé, la gestion du traitement personnel, audits ++) sur le service en association avec l'encadrement et la réalisation d'une chambre des erreurs avec St Jean de Maurienne sont autant d'actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse.

Les professionnels se sont ainsi appropriés les objectifs et plans d'actions.

À la suite d'évaluations de pratique par des audits et des observations, les actions d'amélioration sont suivies par l'encadrement. Les résultats des audits et évaluations sont communiqués aux équipes lors des réunions et via la revue intranet BIC'alité. La déclaration des EI médicamenteux commence à s'implanter. Une démarche CREX a été mise en place par la cellule qualité et la pharmacienne, 1 CREX en 2017 mais absence de la Pharmacienne et du RAQ durant cette période.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles (une préparatrice et un pharmacien à 40%) permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun. Lors du congé de la pharmacienne l'établissement a procédé à son remplacement pour la durée nécessaire. Les formations sont effectives en particulier la formation des infirmiers nouveaux arrivants à la procédure du circuit du médicament est réalisée par la pharmacienne. Des formations pour le maintien des compétences sont aussi réalisées.

Les ressources en équipement et matériels sont adaptées aux besoins en particulier concernant l'informatique (portables, postes fixe et logiciel de prescription avec possibilité de prescription depuis le cabinet (VPN)). Il existe une maintenance et une assistance assurée par la DSIO (mutualisation avec St Jean de Maurienne). Les salles de soins sont pourvues d'accès sécurisés par des poignées codées et sont équipées d'armoire de stockage des médicaments fermés à clefs. Les piluliers préparés en interne sont stockés dans un chariot ad hoc, les traitements personnels des patients sont rangés dans des emplacements dédiés. Les médicaments thermosensibles (insuline essentiellement) sont conservés dans des frigos dédiés avec un contrôle de température. Les locaux de la pharmacie sont adaptés à l'activité, son accès est sécurisé selon la réglementation.

Les professionnels, soignants et médecins disposent d'une documentation sur l'intranet comprenant les différentes procédures concernant la prise en charge médicamenteuse. Ainsi le manuel qualité, le livret thérapeutique mis à jour, les médicaments à risque et la liste des antibiotiques à dispensation contrôlée sont accessibles sur chaque poste.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La pharmacie ne réalise pas de préparation. La livraison des médicaments dans le service SSR est sécurisée dans des caissons scellés. Le fonctionnement du circuit du médicament est contrôlé par la pharmacienne d'une part au travers du contrôle des prescriptions par l'analyse pharmaceutique et d'autre part avec une présence clinique sur le service deux fois par semaine avec participation aux relèves IDE et aux staffs d'équipe ce qui permet un contrôle extemporané des pratiques, du rangement des armoires et aussi de réaliser une conciliation médicamenteuse.

Les prescriptions initiales et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient. La continuité du traitement médicamenteux depuis l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus est ainsi assurée.

Les règles de transport, de rangement (étiquettes normées) et de stockage des médicaments (chaîne du froid avec traçabilité de Température) sont respectées. La mise en place de modalités spécifiques de rangement pour les médicaments à risque identifiés est effective (exemple : KCl et solutés hypertonique). La gestion des périmés de l'armoire est assurée par un roulement des IDE sous le contrôle de la pharmacienne. De même les médicaments du sac d'urgence sont contrôlés par une IDE à tour de rôle et tracé. Chaque unité dispose également d'un coffre à stupéfiants et de chariots munis d'ordinateurs. Les traitements personnels des patients sont identifiés et séquestrés dans une armoire dédiée.

Les règles de prescriptions sont respectées (en particulier depuis la mise en place du VPN) et entièrement informatisées. Les règles de bonnes pratiques d'administration des médicaments (traçabilité en temps réel, identitovigilance) et l'information des patients sur le bon usage des médicaments par les praticiens et les professionnels sont appliquées. Les piluliers répondent aux exigences d'hygiène et d'identification (étiquettes nominatives).

La permanence pharmaceutique est assurée pendant les temps de présence de la pharmacienne. Au-delà, l'organisation de l'armoire dotation urgente connue des professionnels, permet de répondre à un besoin urgent et il existe une astreinte.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La pharmacie participe au dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs avec une participation aux indicateurs nationaux.

En 2016 il a été réalisé l'analyse des risques a priori (APR) sur l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse. Il est pratiqué une visite annuelle des armoires de service (qualité du stockage) et plusieurs audits depuis trois ans : « évaluation de l'étape d'administration des médicaments à l'hôpital de Modane », « consommations de norfloxacine à l'hôpital de Modane », « réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème et la 72ème heure ».

Des actions d'EPP sont en place : Évaluation des consommations d'un hypnotique après réduction du dosage disponible au livret thérapeutique, évaluation des consommations d'une benzodiazépine près réduction du dosage disponible au livret thérapeutique. Enfin une évaluation de la qualité de la prescription chez la personne âgée dans le cadre d'une EPP a été conduite en novembre 2017.

Un bilan annuel de réalisation du plan d'action de la pharmacie est réalisé et communiqué auprès des instances CME, COMEDIMS et la CDU et instance régionale.

A / AGIR

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

Un plan d'actions couvre les différents champs de la thématique. Il est piloté par le pharmacien en collaboration avec la COMEDIMS, et présenté en CME.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisé avec la cellule qualité et les professionnels concernés. La diffusion des résultats et de diverses informations sont faites lors des réunions de CME et COMEDIMS, de la CDU, et des professionnels via aussi BIC'alité la revue numérique de l'établissement.

Cependant, le programme d'action n'est pas réajusté en fonctions de certains résultats des évaluations et analyse des EI. Les actions issues des CREX n'ont pas été toutes suivies ni intégrées dans le programme d'actions et l'état d'avancement n'est pas toujours retrouvé.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Les modalités d'organisation assurant la sécurisation de la dispensation du médicament ne sont pas toutes définies. La dispensation des traitements médicamenteux est réalisée dans l'unité pour une période de 14 jours. Le traitement est ensuite reparti quotidiennement par l'infirmière de nuit dans les piluliers de chaque patient.</p> <p>En cas de modification thérapeutique, la pharmacienne intervient aussitôt pour modifier la dotation prévue stockée dans le service. Cependant si une modification rapide de posologie survient dans un dosage (par ex AVK) ce sera à l'IDE, après validation avec le médecin, de modifier ce dosage pour les médicaments sécables tel que les AVK (1/2 à 1/4 de cp par ex). Cette manipulation réalisée par l'infirmière de nuit peut exposer à une erreur de dosage en sus ou en moins.</p>	20a bis
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>Le programme d'action n'est pas réajusté en fonctions de certains résultats des évaluations et analyse des EI.</p> <p>Les actions issues des CREX n'ont pas été toutes suivies ni intégrées dans le programme d'actions et l'état d'avancement n'est pas toujours retrouvé.</p>	8a

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	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne sont pas systématiquement informés sur l'ensemble de l'organisation définie pour la mise en œuvre de la démarche qualité. En effet, l'identification des risques a été principalement réalisée par l'ingénieur qualité en lien avec le top management sans représentation des différents acteurs de terrain. L'identification des pilotes de processus et la connaissance de leur rôle est mal connue y compris des pilotes eux mêmes. De plus, il y a une discordance entre le manuel qualité qui désigne le cadre de santé comme CGRAS, et la connaissance qu'en ont les professionnels dont le top management et le cadre de santé concerné lui-même. Toutefois, une réorganisation est actuellement en cours, notamment avec une <u>nouvelle nomination aux fonctions de gestion des risques</u> .	1g
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les vigilances ne sont pas complètement opérationnelles. <u>La liste des vigilants n'est pas à jour dans les services de soins.</u>	8i
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Tous les comités ne se sont pas réunis à périodicité régulière Lors des deux dernières années, le CLAN et le Groupe EPP ne se sont pas réunis plus d'une fois. La COMEDIMS n'a été réunie que deux fois en 2017.	2c
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le programme d'actions qualité sécurité des soins global n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations conduites En effet, il existe plusieurs plans d'actions suite aux CREX, patients traceurs... Ils ne sont pas articulés avec le PAQSS.	8a
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	L'établissement ne met pas en œuvre de dispositif d'identification systématique du risque suicidaire. L'établissement n'a pas prévu de dispositif d'identification et de sensibilisation au dépistage du risque suicidaire au sein d'une population exposée.	19c
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas transmises aux professionnels d'aval dans les délais réglementaires. Il n'existe pas toujours de transmission de compte rendu d'hospitalisation dans les délais préconisés. Ceci est d'ailleurs confirmé par l'indicateur correspondant IPAQSS à 35% en 2015. Lors de la sortie, la lettre de liaison n'est souvent pas remise au patient. L'établissement l'a identifié comme un risque du compte qualité et un objectif à atteindre.	24a
Dossier patient	P / Définition de la stratégie	PS	un schéma directeur concernant le dossier patient n'est pas formalisé dans les orientations stratégiques. En raison du contexte lié à la mise en place du GHT la stratégie en matière de dossier patient informatisé n'est actuellement pas définie.	5a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas toujours identifiés L'examen des dossiers consultés et l'examen des dossiers des patients tracés montre que la recherche évaluative du risque suicidaire n'est pas toujours tracée.	19c
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	NC	Les modalités d'organisation assurant la sécurisation de la dispensation du médicament ne sont pas toutes définies. La dispensation des traitements médicamenteux est réalisée dans l'unité pour une période de 14 jours. Le traitement est ensuite reparti quotidiennement par l'infirmière de nuit dans les piluliers de chaque patient. En cas de modification thérapeutique, la pharmacienne intervient aussitôt pour modifier la dotation prévue stockée dans le service. Cependant si une modification rapide de posologie survient dans un dosage (par ex AVK) ce sera à l'IDE, après validation avec le médecin, de modifier ce dosage pour les médicaments sécables tel que les AVK (1/2 à 1/4 de cp par ex). Cette manipulation réalisée par l'infirmière de nuit peut exposer à une erreur de dosage en sus ou en moins.	20a bis
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le programme d'action n'est pas réajusté en fonctions de certains résultats des évaluations et analyse des EI. Les actions issues des CREX n'ont pas été toutes suivies ni intégrées dans le programme d'actions et l'état d'avancement n'est pas toujours retrouvé.	8a