



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **HOPITAL LOCAL DE NUITS SAINT GEORGES**

6 rue henri challand Bp 30089 - 21703 - Nuits Saint Georges

SEPTEMBRE 2013

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suivi de la décision	13
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	14
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	15
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	16
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	26
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	27
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	31
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	34
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	49

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# HOPITAL LOCAL DE NUITS SAINT GEORGES

**Adresse :** 6 rue henri challand Bp 30089  
21703 Nuits Saint Georges COTE-D'OR

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	8	0	0

Nombre de sites.:	2 sites : - site Hôpital - site Maison de retraite
Activités principales.:	- Médecine (8 lits) - EHPAD (124 lits) - SSIAD (20 places)
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Médecine (8 lits dont 2 lits de soins palliatifs)
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Coopération avec le Centre Hospitalier de Beaune, les Hôpitaux de Seurre, Arnay-le-Duc, l'EHPAD de Bligny-sur-Ouche et le CHU Dijon.
Regroupement/Fusion.:	L'établissement a signé une convention de direction commune avec le Centre Hospitalier de Beaune lui permettant de bénéficier des interventions d'équipe mobile de gériatrie, EMSP, EOH.
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Autorisation d'activité pour 10 lits de SSR (juillet 2010). Nouveau service SSR opérationnel prévu au cours de l'année 2013, juxtaposé au service de médecine.

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

12.a Court Séjour (Prise en charge de la douleur) .

20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) ;28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 3.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.

#### 4.Suivi de la décision

L'établissement a choisi de suivre certaines recommandations dans le cadre de la prochaine procédure de certification. Il a donc élaboré des plans d'actions pour les critères suivants :

- 1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .
- 12.a Court Séjour (Prise en charge de la douleur) .
- 20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient).
- 20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) .
- 28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles).
- 28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

### 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a  
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins formalisé en décembre 2011. La stratégie mise en œuvre se décline autour de trois axes prioritaires : identifier les risques, réduire l'amplitude et la fréquence des risques identifiés, identifier et traiter les événements indésirables afin d'éviter la survenance d'incident potentiellement grave. Depuis 2010, une convention de direction commune avec le CH de Beaune permet la mise en place d'une EOH commune, d'une assistante technique de la part de l'ingénieur qualité du CH de Beaune qui vient en soutien de l'agent en charge de la qualité et de la gestion des risques de l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges. Le service pharmacie a défini un programme d'action "prise en charge médicamenteuse" en fin d'année 2012, issu de la cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse réalisée le 16 octobre 2012, le compte-rendu de certification V2010 ainsi que les déclarations d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	Le programme qualité et gestion des risques de l'établissement n'intègre pas sur un même document l'analyse de la conformité à la réglementation en ce qui concerne, la sécurité du bâtiment, des biens et des personnes. Le suivi de la réglementation en ce domaine est assuré sur un support séparé, recueil de fiches synthèse de sécurité (modèle ANAES) par le service technique en lien avec le service qualité. Les risques majeurs et récurrents, au travers de l'analyse des évènements indésirables, sont notifiés dans les thèmes du programme qualité et gestion des risques. La lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des DMS, les dispositifs de vigilance, les risques associés aux soins, identifiés a priori comme a posteriori, l'analyse des plaintes et réclamations, les actions à mettre en œuvre suites aux décisions de la certification, sont prises en compte. Un échéancier est défini avec un responsable identifié.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement en CME, au comité de gestion des risques et comité de pilotage de la démarche qualité.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les secteurs d'activité mettent en œuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Un responsable est identifié pour chaque action à mener. Un délai est fixé pour chaque action, comportant un pourcentage de réalisation et une nouvelle échéance en cas de non échéance tenue.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le COPIL et la Cellule de Gestion des Risques effectuent un bilan trimestriel du plan d'action pour les domaines les concernant. Pour toute action non réalisée une nouvelle échéance est définie.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'atteinte des objectifs du programme est mesurée annuellement par le COPIL et la cellule de gestion des risques. Les indicateurs IPAQSS sont pris en compte et contribuent à cette évaluation. Le programme qualité et gestion des risques de décembre 2011 a été évalué le 20 novembre 2012 ainsi que le 10 janvier 2013.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	L'instance en charge de la démarche qualité et de la gestion des risques évalue annuellement l'atteinte des objectifs du programme. L'instance de décision en lien avec la CME, décide des ajustements à apporter sur le programme pour la période suivante. La politique qualité et de sécurité des soins est révisée en fonction des résultats obtenus.

**Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins**

**Critère 8.b**  
**Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.

Oui

La fiche de poste coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est en place depuis le 5 février 2013. Elle est dédiée à l'adjoint administratif en charge de la gestion des risques, attachée d'administration hospitalière. Elle dispose également d'une fiche de poste d'assistante qualité et une fiche de poste de gestionnaire des risques toutes deux validées à la même date. L'établissement a procédé le fonctionnement général de la Cellule de Gestion des Risques en date du 12 février 2013 et validée en CME le 28 mars 2013. Les documents ont été présentés lors du plan d'accompagnement de l'ARS Bourgogne aux dates du 14 mars et 7 mai 2013.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.

Oui

La fonction gestion des risques est dédiée à l'adjoint administratif en charge de la qualité et gestion des risques. Celle-ci a été formée à la gestion des risques liés aux actes de soins les 6, 7 mars et 30 avril 2013. Ont été associés à cette formation la cadre de santé, une IDE et deux ASQ. Une cadre de santé ayant pris ses fonctions en 2012, est

	Oui	également formée à la gestion des risques associés aux soins. La Cellule de Gestion des Risques, instance pluridisciplinaire a été créée le 16 octobre 2012, à laquelle participaient un médecin coordonnateur, membre de la CME, le pharmacien, l'assistante de qualité-gestionnaire des risques et la cadre de santé, représentant la CSIRMT. Les missions de la cellule de gestion des risques ont été validées en CME le 28 mars 2013.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Partiellement	L'établissement dispose d'un programme qualité et gestion des risques validé par la direction et la CME. Le suivi est assuré régulièrement notamment en date du 20 novembre 2012 et le 10 février 2013 par la responsable qualité-gestionnaire des risques. La formalisation récente de la fiche de poste concernant notamment la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins, n'a pas permis que les conditions d'exercice soient évaluées au moment de la visite. La direction a précisé au moment de la visite, que l'évaluation annuelle des professionnels est prévue au cours de l'été 2013. La direction a précisé que l'item sur l'évaluation des conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins n'est pas noté pour l'instant sur le support d'entretien.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.d  
Evaluations des risques à priori

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

En grande partie

L'établissement dispose d'une cartographie des risques a priori validée en date du 3 avril 2013. La cellule de gestion des risques a travaillé préalablement, en octobre 2012, sur la cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse au moyen de l'outil Interdiag de l'ANAP. Par la suite les missions de la cellule de gestion des risques se sont étendues sur l'ensemble des risques. L'établissement dispose du DUERP mis à jour en février 2013 sur les risques forts. Le CHSCT a validé en novembre 2012 le CLACT, dont une mise à jour a eu lieu le 29 mai 2013. L'équipe d'experts-visiteurs a noté au cours de la visite que l'identitovigilance n'était pas intégrée dans la cartographie des risques a priori.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Oui

Les risques professionnels ont été évalués a priori dans tous les secteurs d'activité sur la partie des risques forts, selon une méthodologie permettant de les hiérarchiser en fonction des critères de fréquence et de gravité. L'ensemble des risques ont été identifiés, répertoriés et hiérarchisés en date du 3 avril 2013. La criticité est mentionnée.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	En grande partie	La cellule de gestion des risques a défini et mis en œuvre en date du 17 avril 2013, un plan de progrès suite à la cartographie des risques a priori du service médecine. Les actions sont hiérarchisées, la typologie du risque est définie, les actions de progrès sont mentionnées, les responsables sont identifiés, les délais sont positionnés. A la date de visite les actions sont toutes en cours de prise en charge mais non réalisées.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	L'assistante qualité-gestionnaire des risques et une cadre de santé sont formées à l'analyse des risques a priori (en 2011 et 2012).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	Le suivi de la cartographie des risques professionnels est effectué annuellement par le CHSCT. Le plan de progrès issu de la cartographie des risques a priori est en cours de traitement. L'évaluation, à la date de visite, de la mise en œuvre des actions, n'est pas réalisée.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'analyse annuelle du CLACT permet de vérifier l'efficacité du plan d'action d'amélioration de l'évaluation des risques professionnels. Le plan de progrès issu de la cartographie des risques a priori en cours de traitement, ne permet pas au moment de la visite, d'analyser l'efficacité des actions réalisées.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

L'hôpital de NUIITS-SAINT-GEORGES a mis en place une organisation afin d'assurer le signalement des événements indésirables. Une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables est formalisée et diffusée. Cette procédure a été validée en Cellule Gestion des Risques le 22/01/2013 et en CME le 28/03/2013. Les notions de gravité et de fréquence sont définies et jointes à la procédure. Une fiche de signalement des événements indésirables sur support papier est à la disposition des professionnels, ainsi qu'une fiche d'utilisation depuis le 22/01/2013. Le recueil de l'ensemble des événements indésirables est coordonné par la gestionnaire des risques.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

L'ensemble des professionnels soignants ont été formés par le cadre et les autres acteurs de l'établissement par la gestionnaire des risques à la mi- mars 2013.  
Le support utilisé est la fiche d'utilisation de la fiche de signalement associée à la procédure.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La gestionnaire des risques et la cadre de santé ont été formées aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes par un organisme extérieur en 2011 et 2012. Une IDE et deux aide soignantes ont également suivi une formation extérieure les 6 et 7/03/2013 ainsi que le 30/04/2013. Une journée de rendu est également programmée avec le formateur afin d'évaluer après trois mois de fonctionnement, la mise en place des actions menées.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et associe les acteurs concernés, en lien avec la gestionnaire de risques et la cellule de gestion des risques. La gestionnaires des risques et la cadre participant à la cellule gestion des risques sont formées aux processus de hiérarchisation et d'analyse.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	La coordination et le suivi des actions correctives sont assurés par la gestionnaire des risques qui met à jour le tableau de suivi. Sur les trois premiers mois de l'année 2013, 150 déclarations ont été enregistrées, dont 124 en correction immédiate, 16 réglées après concertation et 9 en attente.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	L'analyse des événements indésirables permet l'identification de causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement, comme les chutes. Une EPP a été initiée en lien avec l'EHPAD par un groupe pluridisciplinaire.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est suivie en staff hebdomadaire pour le secteur de soins en lien avec la cellule de gestion des risques. Pour les autres secteurs, le gestionnaire de risques s'assure de l'efficacité des mesures prises.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



**Cotation**

B

**Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Classe associée à la valeur du score ICATB**

**Constats**

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

B

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

En grande partie

Un protocole définissant la conduite à tenir pour la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure a été validé en COMEDIMS et CME le 28/03/2013. Le logiciel de prescriptions a été paramétré afin de créer une alerte à destination des médecins et assurer le suivi de la traçabilité de la réévaluation. Des points réguliers sont assurés par le pharmacien en COMEDIMS et en CME.  
L'évaluation menée sur les dossiers entre le 01/03/2013 et le 01/06/2013 montre une traçabilité de la réévaluation sur 79% des dossiers.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Court Séjour**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

En grande partie

L'établissement a mis en place une organisation afin de garantir la fiabilité de l'identification du patient. Ce dispositif s'articule autour de la cellule d'identitovigilance. L'établissement a désigné un identitovigilant. Cette organisation est basée sur une procédure générale d'accueil en date du 04/06/2013, une procédure de gestion et de contrôle de l'identité du patient dans la base "identité" du 04/06/2013 du fait de l'absence de lien entre les logiciels administratif et médical. Une procédure dégradée est en place (04/06/2013).  
Depuis mars 2013, une photographie du patient, avec son accord, est intégrée au logiciel médical et figure sur la fiche informatique de prescriptions et d'administration.  
Une procédure en date du 26/04/2013 détermine les conditions nécessitant la pose d'un bracelet d'identification, en particulier pour les patients désorientés.  
Des indicateurs sont définis comme le taux de doublons, de collisions, de modifications d'identité.  
Les étiquettes "patient" ne sont pas systématiquement éditées dès l'admission, obligeant les soignants à

	En grande partie	retranscrire manuellement l'identité du patient sur le dossier et les examens de laboratoire. Les piluliers nominatifs de médicaments sont identifiés par une étiquette manuscrite.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	L'identitovigilant, agent administratif en poste à l'accueil a été formée le 04/05/2013 par un organisme extérieur. Une IDE et deux aide soignantes ont suivi une formation sur la gestion des risques liés aux soins en mars et avril 2013, un programme de formation a été établi et des outils mis à disposition. Une procédure de vérification de l'identité du patient avant la réalisation d'un soin a été diffusée le 04/06/2013 et présentée par le cadre à l'ensemble de son équipe. Cette procédure n'indique pas la manière d'interroger le patient sur son identité et l'intérêt de poser des questions ouvertes.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Des procédures administratives sont formalisées et appliquées pour la gestion administrative de l'identité, la fusion et la modification de l'identité d'un patient.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Les modalités de vérification de l'identité du patient font l'objet d'une procédure institutionnelle(04/06/2013). Une photographie du patient est intégrée à la feuille de prescriptions et d'administration et le port du bracelet est effectif pour les patients désorientés. La vérification n'est pas tracée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Les événements indésirables et les indicateurs sont analysés régulièrement et un bilan annuel est assuré. Les actions correctives mises en place sont suivies par la gestionnaire de risques et la cellule de gestion des risques comme la bonne appropriation et application des protocoles élaborés: toute anomalie d'identité est corrigée et vérifiée. Le demandeur est informé du traitement de l'anomalie

Oui	constatée.
-----	------------

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 31/01/2012 au 03/02/2012	Certification avec sursis	visite de suivi	12
Visite de suivi	du 04/07/2013 au 04/07/2013	Certification avec recommandations	/	/

	Visite initiale	Visite de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Réserve	Décision levée
8.b (Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins)	Réserve	Décision levée
8.d (Evaluations des risques à priori)	Réserve	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables )	Réserve Majeure	Décision levée
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Réserve Majeure	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Court Séjour	Réserve	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)	Recommandation	Recommandation



## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins

Problématique:

- Identification des risques dans les secteurs d'activité (autre que les risques professionnels)
- Centraliser les déclarations d'évènements indésirables liés aux soins
- Réaliser le bilan d'analyse des évènements indésirables
- Evaluer les risques liés aux soins à priori
- Etablir un plan d'actions et le mettre en oeuvre
- Réunir le comité de pilotage pour assurer le suivi des plans d'actions

Résultats obtenus:

- Nomination du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins le 13/12/12
- 05/02/13 élaboration des fiches de poste (assistant qualité - gestionnaire des risques - coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins) validées le 08/03/13
- 16/10/12 création d'une cellule de gestion des risques chargée de l'analyse des risques associés aux soins
- Les évènements indésirables sont centralisés sur informatique par le gestionnaire des risques, à la suite le gestionnaire réalise un bilan de ces évènements indésirables
- 6 et 7/03/13, 30/04/2013 formation "gestion des risques liés aux actes de soins" (à priori et à postériori)
- Cartographies des risques de médecine et plans de progrès (à priori et à postériori)

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de qualité et gestion des risques, cadres de santé, pharmacien	Cellule gestion des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Identification des risques dans les secteurs d'activité (cartographie des risques de médecine)	Réalisée	27/03/13 00:00
Centraliser les déclarations d'évènements indésirables liés aux soins	Réalisée	12/03/13 00:00
Réaliser le bilan d'analyse des évènements indésirables (pour le moment 4 premiers mois de l'année)	En cours	31/12/13 00:00
Cartographies des risques à priori	Réalisée	03/04/13 00:00
Plan de progrès des risques à priori	Réalisée	17/04/13 00:00
Cartographies des risques à postériori	Réalisée	27/03/13 00:00
Plans de progrès des risques à postériori	Réalisée	17/04/13 00:00
Réunir le comité de pilotage pour assurer le suivi des plans d'actions	Réalisée	17/05/13 00:00
Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	16/10/12 00:00
Programme d'actions lié à la la prise en charge médicamenteuse	En cours	16/04/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Statistiques concernant le traitement des évènements indésirables (réalisées pour le moment sur les 4 premiers mois de l'année)	En cours	31/12/13 00:00
Suivi des plans de progrès	En cours	31/01/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

<p>Suivi de la cellule de gestion des risques  Retour aux instances  Présentation des cartographies des risques et plans de progrès aux équipes soignantes lors des staffs pluridisciplinaires</p>
--

Validation institutionnelle:

<p>Politique d'amélioration de la qualité et politique de gestion des risques inscrites au projet d'établissement</p>
---

Planification des revues de projet:

Comité de pilotage : 19/09/12, 18 et 23/10/12, 22/01/13, 07/03/13, 17/05/13

CME du 28/03/13 : présentation et validation des documents qualité

Cellule de gestion des risques : 16/10/12 (création), 04/12/12, 12/02/13, 16/04/13

CME 13/06/13

Directoire 21/06/13

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

Problématique:

- Nommer le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Formaliser l'organisation générale de coordination de la gestion des risques liés aux soins
- Le référent qualité est à la fois le gestionnaire des risques, préciser les qualifications requises dans sa fiche de poste
- Structurer le dispositif de coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins et mobiliser les compétences du correspondant de pharmacovigilance et l'équipe opérationnelle d'hygiène

Résultats obtenus:

- Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins nommé
- Fiche de poste du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins écrite et validée
- Cellule de gestion des risques (dont risques associés aux soins) mise en place
- Procédure de fonctionnement de la cellule de gestion des risques écrite et validée

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de la qualité et de la gestion des risques, cadres de santé, pharmacien	Cellule de gestion des risques, Médecins, IDE, EOH

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Coordonnateur de la gestion des risques associés au soins nommé	Réalisée	13/12/12 00:00
Formaliser l'organisation générale de coordination de la gestion des risques liés aux soins (procédure de fonctionnement de la cellule de gestion des risques écrites)	Réalisée	15/01/13 00:00
Le référent qualité est à la fois le gestionnaire des risques, préciser les qualifications requises dans sa fiche de poste (fiches de postes écrites)	Réalisée	05/02/13 00:00
Structurer le dispositif de coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins et mobiliser les compétences du correspondant de pharmacovigilance et l'équipe opérationnelle d'hygiène (procédure de fonctionnement de la cellule de gestion des risques écrites)	Réalisée	15/01/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Procédure de fonctionnement général de la cellule de gestion des risques	Réalisée	15/01/13 00:00
2ème version de la procédure de fonctionnement général de la cellule de gestion des risques	En cours	06/06/13 00:00
Statistiques concernant le traitement des évènements indésirables (réalisées pour les 4 premiers mois de l'année)	En cours	23/04/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Information dans tous les services Suivi de la cellule de gestion des risques Retour aux instances
--

Validation institutionnelle:

Politique de gestion des risques intégrée au projet d'établissement
---

Planification des revues de projet:

Comité de pilotage : 19/09/12, 18 et 23/10/13, 22/01/13, 17/03/13 CME du 13/12/12 et 28/03/13 Cellule de gestion des risques : 16/10/12 (création, 04/12/12, 12/02/13, 16/04/13 Directoire 21/06/13
--

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Evaluation des risques à priori

Problematique:

- Définir la méthodologie pour hiérarchiser les risques
- Former les professionnels concernés à l'analyse des risques à priori
- Mettre en oeuvre un plan d'action
- Modalités de suivi du plan d'action
- Evaluer les actions du plan d'action

Résultats obtenus:

- Procédure de signalement et de traitement des événements indésirables + fiche de signalement des événements indésirables écrites et validées
- Formation "gestion des risques liés aux actes de soins" 6/7 et 30 avril 2013
- Cartographie des risques (parcours de prise en charge du patient) à priori faite
- Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse faite
- Plans de progrès écrit

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de qualité et gestion des risques, cadres de santé	IDE, AS, cellule de gestion des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Définir la méthodologie pour hiérarchiser les risques	Réalisée	22/01/13 00:00
Former les professionnels concernés à l'analyse des risques à priori	Réalisée	06/03/13 00:00
Cartographie des risques (parcours de prise en charge du patient)à priori	Réalisée	03/04/13 00:00
Plan de progrès des risques (parcours de prise en charge du patient)à priori	Réalisée	17/04/13 00:00
Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	16/10/12 00:00
Plan de progrès des risques liés à la prise en charge médicamenteuse	En cours	16/04/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation des actions du plan de progrès des risques (parcours de prise en charge du patient)à priori	Prévue	31/12/13 00:00
Evaluation des actions du plan de progrès des risques liés à la prise en charge médicamenteuse	Prévue	02/01/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi de la cellule de gestion des risques  
Retour aux instances

Validation institutionnelle:

Politique de gestion des risques intégrée au projet d'établissement

Planification des revues de projet:

Comité de pilotage : 19/09/12, 18 et 23/10/12, 22/01/13, 07/03/13,  
Cellule de gestion des risques : 16/10/12 (création), ca/12/12, 12/02/13, 16/04/13  
CME : 21/06/2013  
Directoire : 13/06/2013

Titre du projet d'amélioration:

Gestion des évènements indésirables

Problematique:

- Organiser le signalement et l'analyse des évènements indésirables
- Former les professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes
- Associer les acteurs à l'analyse des causes profondes des évènements indésirables graves
- Analyser et traiter les causes profondes des évènements indésirables récurrents
- Mettre en oeuvre des actions correctives et en mesurer l'efficacité par le biais d'indicateurs, d'audits

Résultats obtenus:

- Elaboration de la procédure de fonctionnement général de la cellule de gestion des risques
- Elaboration d'une nouvelle procédure de signalement et de traitement des évènements indésirables
- Elaboration d'une nouvelle fiche de signalements des évènements indésirables
- Logiciel HSH permet de séparer la procédure des bons de travaux de la procédure des évènements indésirables
- Cartographie des risques et plan de progrès (à priori et à postériori)

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de qualité et de gestion des rsiques, cadres de santé, pharmacien	Cellule de gestion des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Organiser le signalement et l'analyse des évènements indésirables	Réalisée	12/03/13 00:00
Former les professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes	Réalisée	06/03/13 00:00
Associer les acteurs à l'analyse des causes profondes des évènements indésirables graves (cellule de gestion des risques)	Réalisée	16/04/13 00:00
Cartographie des risques à priori	Réalisée	03/04/13 00:00
Plan de progrès des risques à priori	Réalisée	17/04/13 00:00
Cartographie des risques à postériori	En cours	27/03/13 00:00
Plan de progrès des risques à postériori	En cours	17/04/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Nombre de réunions de la cellule de gestion des risques 4 fois par an (première réunion le 16/10/12)	En cours	31/12/13 00:00
Statistiques concernant le traitement des évènements indésirables (réalisées pour le moment sur les 4 premiers mois de 2013)	En cours	23/04/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

<p>Suivi de la cellule de gestion des risques  Retour aux instances  Présentation des cartographies des risques et plans de progrès aux équipes soignantes lors des staffs pluridisciplinaires  Tutorat des nouveaux arrivants</p>
--

Validation institutionnelle:

<p>Politique de gestion des risques intégrée au projet d'établissement</p>
--

Planification des revues de projet:

<p>Comité de pilotage : 19/09/12, 18 et 23/10/13, 22/01/13, 07/03/13  CME du 28/03/13 : présentation et validation des documents qualité  Cellule Gestion des Risques : 16/10/12 (création), 04/12/12, 12/02/13, 16/04/13  Directoire 21/06/13</p>
--

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Bon usage des antibiotiques

Problématique:

Réévaluer les prescription entre la 24ème et la 72ème heure, le noter dans le dossier patient

Résultats obtenus:

- Les prescriptions sont réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure  
- Paramétrage du logiciel de prescription pour la mise en place d'une "alerte" à destination des médecins pour la réévaluation des antibiothérapies et d'un suivi de la traçabilité de cette réévaluation par le pharmacien (point sur les réévaluation en CME mars et juin 2013)

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Pharmacien	CME

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Les médecins réévaluent toutes les prescription entre la 24ème et la 72ème heure (engagement de la CME le 27/09/12 + courriel Président de CME à tous ses confrères le 28/09/12)	Réalisée	27/09/12 00:00
Protocole de réévaluation des prescriptions d'antibiotiques	Réalisée	28/03/13 00:00

## Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Relevé prospectif "suivi de la traçabilité des réévaluations des prescriptions d'antibiotiques" (COMEDIMS)	Réalisée	13/12/12 00:00
Relevé prospectif "suivi de la traçabilité des réévaluations des prescriptions d'antibiotiques" bilan fin d'année	En cours	30/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

COMEDIMS  
CME

Validation institutionnelle:

Politique de gestion des risques inscrite au projet d'établissement

Planification des revues de projet:

COMEDIMS/CME : 27/09/12, 13/12/12, 28/03/13, 13/06/13

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Court séjour : identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Problematique:

- Ecrire la procédure d'identitovigilance
- Déployer la procédure d'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge du patient
- Former les professionnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient
- Evaluer à périodicité définie la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge (indicateurs, audits) et analyser les erreurs et les corriger.

Résultats obtenus:

- Cartographie des risques liés à l'identitovigilance en cours
- Procédures en cours de rédaction : "gestion et contrôle de l'identité du patient dans la base identité", "procédure générale d'accueil", "gestion des anomalies d'identité", "vérification de l'identité du patient avant la réalisation d'un soins", "protocole de mise en place de bracelets d'identification au patient"
- Procédure d'identification photographique du patient écrite et validée
- Un agent de l'accueil administratif formé à l'identitovigilance

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de qualité et gestions des risques, cadres de santé, adjoint administratif de l'accueil	Cellule gestion des risques, IDE, AS

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Cartographie des risques liés à l'identitovigilance (en cours)	En cours	03/04/13 00:00
Procédures en cours de rédaction : "gestion et contrôle de l'identité du patient dans la base identité", "procédure générale d'accueil", "gestion des anomalies d'identité", "vérification de l'identité du patient avant la réalisation d'un soins", "protocole de mise en place de bracelets d'identification au patient"	En cours	25/07/12 00:00
Procédure d'identification photographique du patient écrite et validée	Réalisée	27/03/13 00:00
Un agent de l'accueil administratif formé à l'identitovigilance	Réalisée	04/04/12 00:00
Procédure de prise en charge des patients décédés (mise à jour)	En cours	17/06/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Evaluation des doublons et colisions	En cours	30/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Cellule de gestion des risques

Validation institutionnelle:

Politique d'amélioration de la qualité et politique de gestion des risques inscrites au projet d'établissement

Planification des revues de projet:

CSIMRT 27/06/13 - CME 13/06/13

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnels

Problematique:

- Inscrire la stratégie de développement de l'EPP dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Définir les missions et les responsabilités afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité
- Organiser le suivi de l'état d'avancement des EPP au niveau de l'établissement

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Politique d'amélioration de la qualité et politique de gestion des risques écrit Tableau de bord EPP	Politique d'amélioration de la qualité et politique de gestion des risques finalisées EPP en cours

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Chargé de qualité et gestion des risques, cadres de santé, pharmacien, médecin	soignants, médecins

Echéancier de réalisation :

cf. tableau de bord des EPP

Modalités d'évaluation :

cf. tableau de bord des EPP

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Comité de pilotage  
CME

Validation institutionnelle:

COPIL  
CME  
CSIRMT

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Court séjour : prise en charge de la douleur

Problématique:

- Formaliser la stratégie (politique, objectifs, identification des prises en charges, définition des moyens) de la prise en charge de la douleur dans les différents secteurs en concertation avec le CLUD
- Evaluer la douleur chez les patients non algiques et mesurer la douleur chez les patients algiques et tracer dans le dossier patient
- Tracer régulièrement dans les transmissions ciblées le réajustement du traitement
- Evaluer, à périodicité définie, la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur
- Organiser le suivi des actions d'amélioration (tableau de suivi, plan d'action, personnes référentes)

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Rédiger le protocole douleur patient algique et non algique	Formaliser la traçabilité de l'évaluation de la douleur

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Cadres de santé, médecins, chargé de qualité	IDE, AS

Echéancier de réalisation :

Rédaction du protocole 2013

Modalités d'évaluation :

Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit annuel

Validation institutionnelle:

CSIMRT

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Court séjour : management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

- La validation de l'administration (sur l'impression hebdomadaire de la prescription) ne doit plus être manuelle afin qu'il n'y ait plus qu'un seul support de prescription à disposition des IDE
- Analyser les ordonnances 6 jours/7 hors présence du pharmacien
- Contrôler l'ordonnance globale (+ analyse) lors des mouvements de médicaments assurés par les IDE pour les urgences
- Recueillir et analyser les erreurs médicamenteuses au delà de la pharmacie, informer les professionnels
- Rédiger un protocole d'administration des médicaments à risques

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Création d'une nouvelle fiche d'évènement indésirable et information aux professionnels	Analyse des erreurs médicamenteuses en cellule de gestion des risques avec mise en place de mesures correctives

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Pharmacien	Cadres de santé, médecins, IDE

Echéancier de réalisation :

1er semestre 2013

Modalités d'évaluation :

bilan en fin d'année 2013

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

bilan en fin d'année 2013

Validation institutionnelle:

CME

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Court séjour : management de la prise en charge médicamenteuse

Problématique:

- Réaliser l'analyse des ordonnances (hors présence du pharmacien)
- L'ordonnance globale doit être contrôlée et analysée lors des sorties de médicaments de la pharmacie en urgence par les IDE
- Réaliser l'audit portant sur les bonnes pratiques d'administration des médicaments à périodicité définie
- Réaliser, à périodicité définie, des audits de l'armoire à pharmacie et des charriots d'urgences
- Ecrire la procédure de gestion du traitement personnel du patient
- Ecrire une information à l'intention du patient pour l'informer de la nécessité de transmettre son traitement personnel aux professionnels à l'administration
- Ecrire le protocole décrivant la réalisation d'une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer des médicaments à risques faute d'identification de ces derniers
- Ecrire un protocole pour les ordonnances manuelles rédigées lors des visites des praticiens
- Informer les patients sur le bon usage des médicaments (plaquettes)
- Réaliser, à périodicité définie un audit périodique du circuit du médicament (notamment sur la qualité de l'administration)

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Programme d'actions liés à la prise en charge médicamenteuse	Audit portant sur les bonnes pratiques d'administration des médicaments en 2014 Protocole de gestion du traitement personnel du patient validé EPP sur le bon usage des médicaments per/os (2013)

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	Pharmacien, cadres de santé, chargé de qualité	IDE, médecins

Echéancier de réalisation :

Cf. programme d'actions lié à la prise en charge médicamenteuse

Modalités d'évaluation :

Bilan fin 2013

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan fin 2013

Validation institutionnelle:

CME

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles

Problématique:

- Impliquer les différents professionnels de soins dans les démarches d'EPP en plus des médecins  
- Communiquer sur les démarches d'EPP et leurs résultats (instances et professionnels)  
- Mesurer l'impact des démarches EPP sur l'évolution des pratiques professionnelles (audits, indicateurs) et évaluer l'organisation mise en place dans les différents secteurs d'activité pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux EPP

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Politique d'amélioration de la qualité (écrite)	Politique d'amélioration de la qualité (validée)

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	cadres de santé, chargé de la qualité	Soignants, médecins

Echéancier de réalisation :

cf. tableau de bord EPP

Modalités d'évaluation :

En cours de rédaction

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

COPIL

Validation institutionnelle:

CME et CSIMRT fin 2013

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratiques clinique

Problematique:

- Identifier des indicateurs de pratique clinique pertinents (au regard des activités de l'établissement)
- Recueillir et analyser les indicateurs de pratique clinique identifiés
- Mettre en oeuvre une démarche d'amélioration à partir du recueil des indicateurs
- Réviser régulièrement la liste des indicateurs analysés

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Identifier des indicateurs de pratique clinique pertinents Recueillir et analyser les indicateurs de pratique clinique identifiés	Mettre en oeuvre une démarche d'amélioration à partir du recueil des indicateurs Réviser régulièrement la liste des indicateurs analysés

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur	cadre de santé, chargé de qualité	médecins

Echéancier de réalisation :

En cours de rédaction

Modalités d'évaluation :

En cours de rédaction

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

COPIL

Validation institutionnelle:

CME et CSIMRT fin 2013

Planification des revues de projet:

En cours de rédaction