



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE SSR SAINTE
THERESE

Route nationale 8
83330 Le Beausset
DÉCEMBRE 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE SSR SAINTE THERESE	
Adresse	Route nationale 8 83330 Le Beausset
Département / région	VAR / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830000659	CENTRE SSR SAINTE THERESE	Route nationale 8 Quartier le peyron 83330 Le Beausset
Etablissement de santé	830101408	CENTRE SSR SAINTE THERESE	Route nationale 8 83330 Le Beausset

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	86

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
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	Personne âgée	SSR	chute traumatique fracture humérale non opérée	programmé	simple	SSR
2	Homme	SSR	Asthénie secondaire à une infection sur cancer	programmé	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

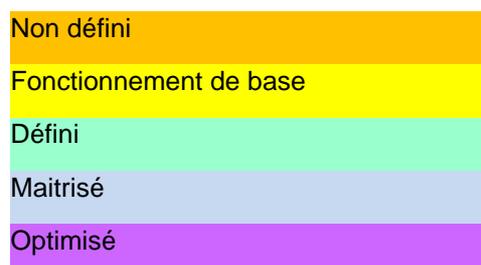
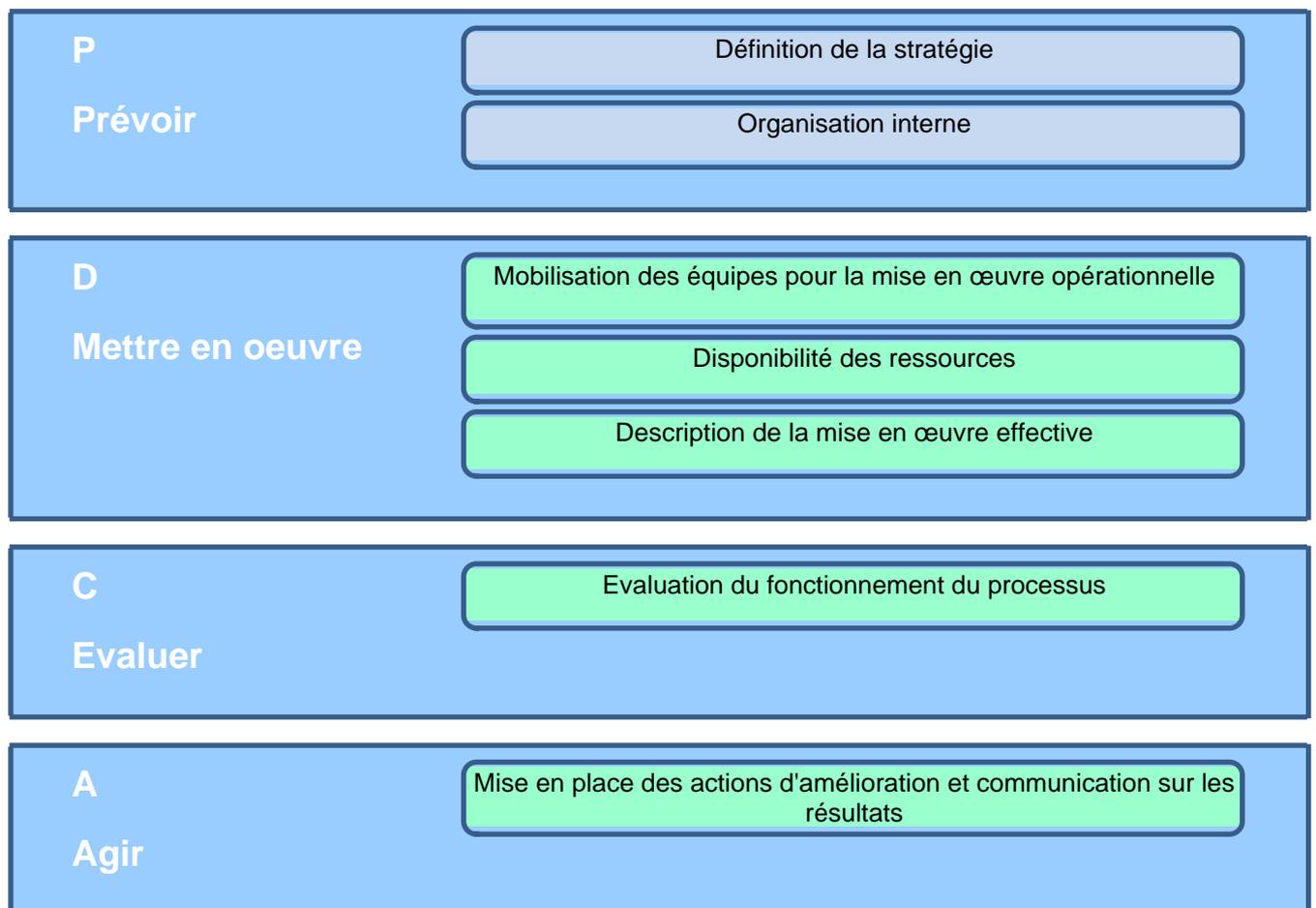
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La Clinique Sainte Thérèse a défini une politique qualité et gestion des risques avec des axes prioritaires et des objectifs intégrés au Projet d'Etablissement 2015/2019 qui a été validée en CME. Cette politique a été réactualisée en 2016 puis en 2019, à partir des bilans d'activité des différentes instances, des évolutions réglementaires, des différentes évaluations et enquêtes menées en interne, de la précédente certification V2014, et de la cartographie des risques propres à l'établissement. Un rappel de cette politique a été diffusé sur le journal qualité de juin 2019.

La politique qualité et gestion des risques est complétée par une politique dédiée à l'organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration de cette politique qualité /sécurité des soins via le processus « droits de patient » et via leur participation à la CDU.

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), articulé avec le compte qualité, et prenant en compte l'ensemble des éléments attendus, a été mis en forme et diffusé dans le « commun » de la gestion documentaire institutionnelle ; il est connu des professionnels de terrain.

Pour chaque objectif, le descriptif de l'action, la source de l'action, le pilote responsable, les dates de début et fin, le statut, les modalités de suivi et les résultats sont définis.

Enfin, et même si les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise ne sont pas intégrées dans cette politique qualité et gestion des risques, elles sont prises en compte par l'établissement, avec gestion de crise opérationnelle et Plan blanc réactualisé annuellement (dernière mise à jour en avril 2019).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel est assuré par le COVIGERIS qui se coordonne avec les autres commissions telles que CME, COMEDIMS/CLUD, CIV, CDU, CLIN, CLAN, etc. La responsable qualité (adjoite de Direction) et l'attaché RAQSS (Attaché de Direction), sont les pilotes de ce processus. Ils sont secondés par le cadre de soins (gestionnaire des risques associés aux soins). Ils accompagnent les professionnels par une aide méthodologique et l'organisation de formations/sensibilisation internes. Une fiche de poste, avec missions propres aux pilotes de processus est prévue pour chaque professionnel concerné.

La coordination du système Qualité et Gestion des Risques avec les dispositifs de vigilance et de veille sanitaire est organisée, via le COVIGERIS qui regroupe aussi les référents de l'ensemble des vigilances. De la même façon, la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est organisée.

Les situations de crises sont définies via un plan blanc actualisé en avril 2019. De la même façon, a été formalisé le PSE en mars 2019. Le dispositif Vigipirate est expliqué dans le livret d'accueil, et des exercices « incendie », sont également organisés en réel tous les ans lors des formations.

La démarche d'évaluation des risques à priori, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement a été structurée. La cartographie des risques est formalisée et diffusée dans le « Commun », avec sur le même fichier le DUERP et les risques liés au circuit du médicament. Elle est mise à jour annuellement.

Un dispositif de gestion des événements indésirables approprié a été organisé autour d'une fiche de signalement papier, mise à jour en mars 2019. L'établissement a complété ce dispositif en organisant des CREX avec la méthode ALARM pour tous les risques nécessitant une analyse des causes notamment profondes des événements indésirables graves, en y associant les acteurs de terrain concernés. Une charte non punitive d'incitation au signalement des événements indésirables a été diffusée, afin de développer la culture sécurité des professionnels de terrain.

L'organisation de la gestion des plaintes et réclamations est décrites dans un protocole.

L'établissement a aussi organisé le déploiement de plusieurs démarches EPP.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines. L'organisation a prévu les instances, les effectifs et les compétences nécessaires au fonctionnement de la qualité et gestion des risques dans l'établissement avec des temps dédiés : 50 % pour la RAQ et 20 % pour l'attaché RAQSS.

L'établissement a organisé la réponse en matière de formation, avec une sensibilisation des nouveaux

arrivants (livret d'accueil dédié et documents à lire comme les chartes bientraitance, charte du respect de la confidentialité, signalement des EI, protocole risque incendie, etc...), et des professionnels avec des formations spécifiques et variées pour la RAQ et l'attaché RAQSS.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources matérielles. Les locaux, les équipements et les dispositifs de maintenance des matériels et des installations nécessaires sont organisés (maintenances réglementaires et maintenances préventives et curatives). Le registre de sécurité est effectif, avec traçabilités des maintenances obligatoires.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Le dispositif de gestion documentaire est informatisé, opérationnel, accessible à tous les professionnels et connu, même si utilisé surtout pour les protocoles, et peu pour la partie « qualité » management et stratégie.

La gestion des interfaces permet l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Tout est facilité pour la concertation entre professionnels via le cadre de santé, la RAQ, le RAQSS et la direction qui communiquent avec les agents par affichage, notes de services, réunions et journal interne mensuel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement décline le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les différents secteurs du service, via la responsable qualité et le cadre de santé. Ce programme reprend l'ensemble des processus, les actions issues des bilans des différentes instances et contrôles réglementaires, et s'appuie sur les analyses de risques. Ce programme est décliné de manière opérationnelle et structurée via un tableau Excel, surtout utilisé par les pilotes et la cellule qualité qui se réunit mensuellement pour le mettre à jour.

Les représentants des usagers participent à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CDU qui se réunit quatre fois par an.

L'établissement a mis en place une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. Pour cela, les acteurs de terrain ont été mobilisés sur des EPP, des patients traceurs et des évaluations diverses, avec surtout un retour systématique en termes de résultats et sont invités ponctuellement à des commissions et instances en fonction de la thématique.

Enfin, l'établissement a mis en place une charte non punitive afin d'inciter le personnel à déclarer tout événement indésirable.

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité est réelle, avec définition et mise en œuvre d'actions préventives, correctives et de retour d'expérience, même si quelques difficultés de méthodologie en termes de libellés des risques et des indicateurs perdurent.

Le cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au fil de l'eau, du fait de la petite taille de l'établissement. Les résultats sont communiqués via les comptes rendus des commissions diffusés sur le « commun » institutionnel, via un affichage dans la salle de transmissions et via le journal qualité mensuel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose d'une responsable qualité à 50 % et d'un attaché RAQSS formés à la qualité et la gestion des risques.

La RAQ est formée à la méthode ALARM et à la méthode du Patient Traceur.

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel via un fichier « commun ». Les professionnels connaissent en grande partie la documentation mise à leur disposition. Les procédures et protocoles sont réactualisés régulièrement par la cellule qualité.

La charte informatique pour l'utilisation du système d'information permet de définir les règles d'utilisation, de sécurité, et de bon usage, et de respecter la confidentialité.

Les documents relatifs à la gestion de crise et ceux relatifs à l'urgence sont mis en place.

Les consignes de sécurité sont affichées dans chaque unité ainsi que les modalités en cas d'alertes sanitaires.

Les ressources en matériel sont nombreuses et disponibles dans les services et le plateau technique de rééducation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes et l'encadrement connaissent l'organisation définie en matière de qualité et de sécurité et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La démarche d'évaluation des risques à priori est opérationnelle.

La réflexion sur la prévention des risques professionnels est effective. Le document unique est réactualisé à périodicité définie.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge. La CDU en assure le suivi régulier via les comptes-rendus et le bilan annuel. Enfin, si un retour de questionnaire de sortie est inférieur à 6/10 avec mention des coordonnées du patient, la Direction fait une réponse systématique.

La gestion des évènements indésirables est opérationnelle via une fiche papier spécifique. Le dispositif bénéficie d'un protocole et d'un suivi avec réponse systématique au déclarant. Des CREX avec analyses de causes profondes ont été réalisées avec les professionnels concernés et sont suivis via des actions d'amélioration définies dans la politique.

Les circuits d'information sont respectés. Les interfaces entre les différents circuits sont effectives concernant les vigilances, les plaintes et réclamations et les évènements indésirables.

La coordination avec des structures et réseaux régionaux est effective, en particulier avec le CO-CLIN, et le CAHPP entre autres.

L'établissement a mis en œuvre des démarches EPP sur différentes thématiques, avec participation des professionnels de terrain. La gestion de ces EPP bénéficie d'un protocole qui définit que la validation du choix d'une EPP est réalisée en CME sur proposition de la cellule qualité.

Néanmoins, l'établissement n'a pas réalisé d'analyse de la pertinence des soins avec mise en œuvre d'actions d'amélioration. En effet, le tableau de bord de suivi des EPP contient essentiellement des EPP de pratiques clinique (par exemple : étapes du circuit du médicament, identitovigilance, début de prise en charge en kinésithérapie, Patients Traceurs), et des suivis d'indicateurs (par exemple : ICSHA et IQSS). Cependant, il n'existe aucune analyse de la pertinence des soins, comme par exemple sur la prescription médicamenteuse, ou l'hospitalisation.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité et gestion des risques se fait en fonction de plusieurs indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés.

En effet, l'établissement suit de nombreux indicateurs par thématiques comme :

- Indicateurs de gestion des risques et vigilances (nombre de FSEI traitées, nombre d'EI liés au circuit du médicament, nombre de chute, nombre de professionnels formés aux signalements...)
- Indicateurs de satisfaction patient et réclamations (taux de retour, nombre de réclamations écrites, nombre de félicitations, délai de réponse moyen, etc.)
- Indicateurs d'évaluation (nombre d'EPP, nombre d'audits, ...)
- Indicateurs de suivi d'instances (nombre de réunions par instances et taux de participation)
- Indicateurs PAQSS (nombre de nouvelles actions, nombres d'actions traitées, etc.)
- Indicateurs de gestion documentaire (nombre de protocoles révisés, créés et supprimés).

Un tableau regroupant l'ensemble de ces indicateurs est suivi par la cellule qualité et le COVIGERIS et mis à disposition sur le « commun » institutionnel.

Ce critère est confirmé par l'indicateur HN (Tableau de bord de pilotage intra-annuel par pôle corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période) à 100%.

L'évaluation se fait aussi via les bilans annuels des différentes instances. Enfin, la RAQ est évaluée annuellement par la Direction.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée via le questionnaire de satisfaction. Les résultats sont présentés en CDU aux représentants des usagers.

Les résultats sont communiqués aux professionnels via les comptes rendus des commissions diffusés sur le « commun » institutionnel, des affichages dans la salle de transmissions, et via le journal qualité interne mensuel.

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

De nombreuses actions d'amélioration, prévues dans le Compte Qualité, ont été mises en œuvre.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réajusté mensuellement en cellule qualité en fonction des résultats des évaluations menées et des résultats obtenus. Les bilans des actions menées sont donc mensuels et sont diffusés dans le « commun » institutionnel.

La politique est réajustée régulièrement.

Les supports et modalités de diffusion sont établis (affichage et journal interne).

L'établissement diffuse les IQSS et les indicateurs du bilan LIN, affichés au niveau de l'accueil du public.

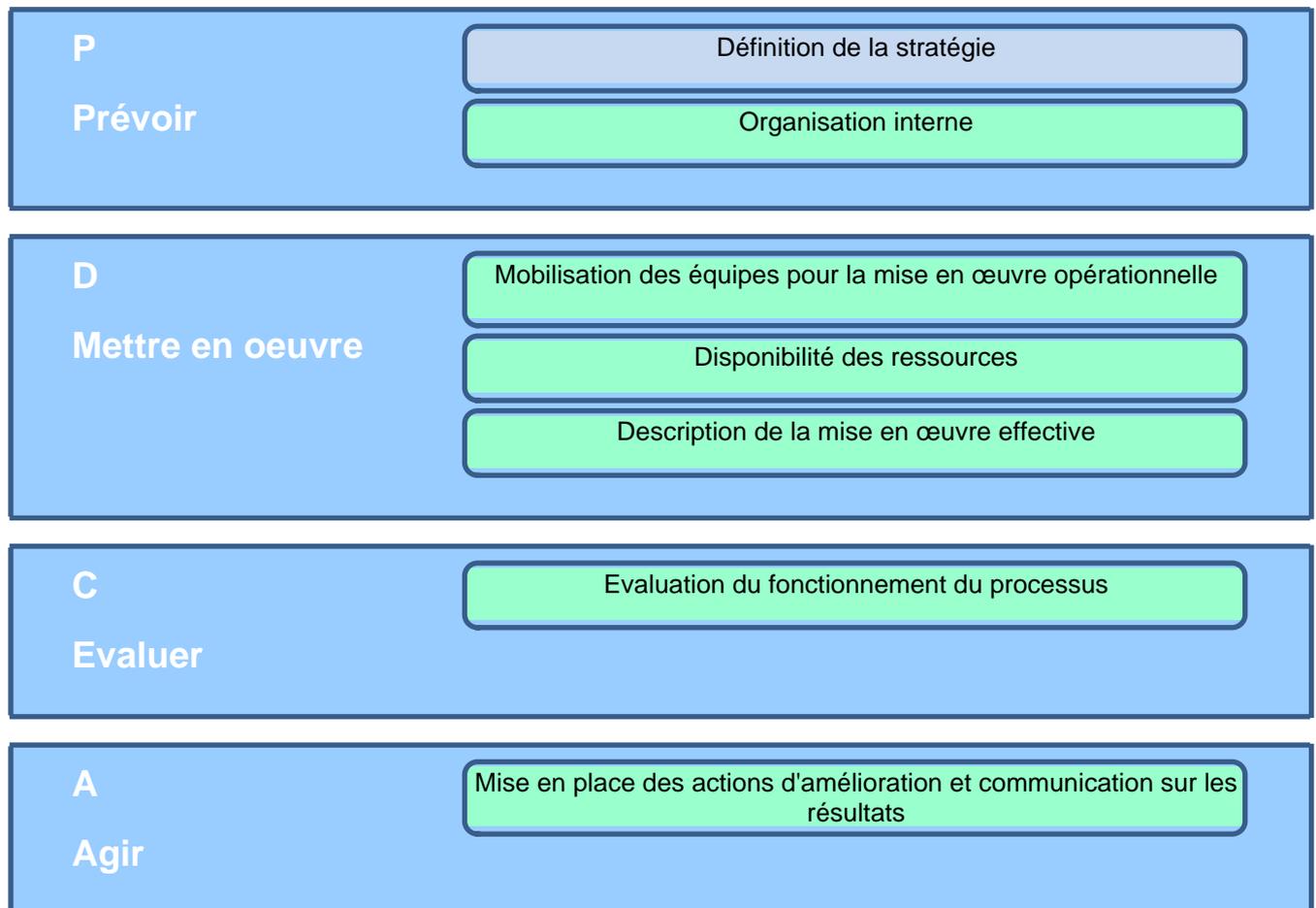
DROITS DES PATIENTS

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

La clinique Sainte Thérèse a inscrit le respect des droits des patients dans les priorités de son projet d'établissement 2015-2019, avec une politique reposant sur les principes de la charte du patient hospitalisé, intégrant la bientraitance, la dignité, l'intimité, la confidentialité et les libertés individuelles.

Cette politique validée en CME et en CDU en 2015 a été mise à jour pour la dernière fois en juillet 2019. Elle s'appuie sur trois éléments clés : l'application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patients, la loi « hôpital patients santé territoires du 21 juillet 2009 et les recommandations de la HAS. Cette politique est développée et gérée par la direction, la CDU, la CME et le cadre de soins.

Enfin, la promotion de la bientraitance est inscrite dans le nouveau CPOM 2019/2024.

Les axes stratégiques et les objectifs liés au processus ont été élaborés au regard des recommandations de bonnes pratiques, des indicateurs, des fiches d'événements indésirables (FEI), du retour des questionnaires de sortie et des retours des plaintes et réclamations, en partenariat avec la CDU.

La politique des droits des patients est déclinée dans le PAQSS institutionnel, formalisé et priorisé, avec modalités de suivi et traitement des risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

C'est l'adjointe de Direction, RAQ, qui pilote ce processus en lien avec la CDU. Ses rôles et responsabilités ont été identifiés et formalisés au sein d'une fiche de mission.

La CDU veille au respect des droits des patients et contribue à l'amélioration de la prise en charge et du confort des patients. Elle se réunit quatre fois par an et a formalisé son règlement intérieur. Un rapport d'activité est réalisé annuellement et transmis à l'ARS.

Les locaux offrent un confort réel avec douche dans chaque chambre. Sur les 86 lits, 50 chambres sont individuelles et dix-huit chambres sont doubles, avec possibilité d'être équipées de rideaux de séparation.

La signalétique est adaptée. Des espaces ont été aménagés pour l'accueil des proches avec des propositions de restauration et d'hébergement si nécessaire, des salons pour les accompagnants, un parc arboré, etc.

Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients notamment par l'installation de digicodes sur toutes les portes concernées.

L'établissement a formalisé plusieurs documents en lien avec les droits des patients et ceux-ci sont disponibles sur le « commun » institutionnel sous forme de protocole, chartes, résultats des questionnaires de satisfaction, livret d'accueil, formulaires, etc.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est assurée via l'affichage (Directives anticipées, Accès au dossier médical, Consentement libre et éclairé et Respect de la vie privée de la FHP) et le livret d'accueil avec un feuillet mobile sur la commission des usagers comprenant un chapitre sur les plaintes et réclamations possibles.

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans l'ensemble des locaux, ainsi que la charte de bientraitance. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé.

Les plans de formation comportent des thématiques en lien avec les droits du patient.

La gestion des interfaces est organisée avec des réunions pluriprofessionnelles pour permettre la concertation entre les acteurs de terrain. La petite taille de l'établissement et la configuration des locaux facilitent grandement ces échanges.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction, la CDU et l'encadrement organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation avec les professionnels de terrain et les représentants des usagers de la CDU.

Le cadre de soins et la RAQ s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Elles vérifient que l'accueil reste personnalisé, et que chacun assure ses missions dans le respect de la personne, en lien avec les principes de la charte.

En cas de dysfonctionnements, des actions correctives sont identifiées avec la participation des professionnels. Les équipes ont été sensibilisées via les comptes rendus de la CDU diffusés sur le « commun » institutionnel, et via les différentes formations mises en œuvre sur ce thème. Les contrats de recrutements signés, stipulent tous, même pour les administratifs, une clause de respect sur la confidentialité et le secret professionnel.

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux sont impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle et transversale du respect des droits du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les conditions d'hébergement, les équipements et les pratiques permettent de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène. En effet, la majorité des chambres sont individuelles et les chambres doubles sont équipées de rideaux de séparation. Les professionnels de terrain ont été formés à l'utilisation de ces rideaux installés après la recommandation émise lors de la première visite de certification V2014, et des évaluations régulières sont réalisées sur la vigilance apportée sur ce point.

Le dossier patient informatisé a des accès autorisés tenant compte des fonctions exercées, respectant ainsi la confidentialité des données.

Les procédures, protocoles et documents relatifs au respect des droits du patient sont disponibles et connus des professionnels : « charte de bientraitance », « parcours du patient de la pré-admission à l'admission », « recueil de la personne de confiance », « accueil administratif du patient », « contentions », « annonce d'un dommage lié aux soins », etc.

Les modalités de signalement de suspicion ou risque de maltraitance sont définies et intégrées dans les items de la Fiche de Signalement des Événements Indésirables pour déclaration éventuelle.

Le livret d'accueil aborde les droits des patients, la composition de la CDU, et la charte de la personne hospitalisée.

L'accueil des nouveaux arrivants intègre des éléments sur le respect des droits des patients avec remise de documents, dont entre autres la charte de bientraitance, la charte informatique, la charte du respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient.

Des formations sont menées sur les droits des patients, en abordant différents thèmes comme la fin de vie, la douleur, la bientraitance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service de SSR met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge du patient, dans le respect de ses droits, avec la mise en œuvre d'actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

L'organisation définie relative à l'information du patient est mise en œuvre. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient par les soignants.

Le livret d'accueil est remis au patient à son admission avec un accompagnement pour permettre une information sur ses droits. Il intègre un volet sur les droits d'accès au dossier médical, sur le respect du patient, sur l'informatique et liberté, sur la personne de confiance, sur les directives anticipées, sur les plaintes et réclamations, sur la CDU, etc.

L'accueil du patient est personnalisé et le soutien de l'entourage est effectif dans les situations qui le nécessitent, avec l'intervention du psychiatre.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place, avec une procédure d'information du patient incluant la démarche structurée d'information en cas d'annonce de dommage associé aux soins.

L'organisation et les pratiques professionnelles permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les transmissions se font dans des bureaux fermés, les dossiers sont dans des locaux sécurisés, une information « CNIL » est intégrée au livret d'accueil et affichée à l'accueil, etc.

Le patient, ou s'il y a lieu, son entourage, participe à la construction et la mise en œuvre de son projet thérapeutique. Celui-ci est personnalisé et réajusté en fonction des évaluations périodiques dont la trace figure dans le dossier patient. L'entretien du patient avec le médecin, qui s'ajoute au recueil de données

sur les habitudes de vie et les besoins du patient réalisé par les soignants et les staffs pluridisciplinaires, permettent une réévaluation de la situation réelle du patient.

Le projet de prise en charge et les pratiques intègrent le respect des libertés individuelles. Une procédure « contention », permet une réflexion bénéfique/risque, tracée dans le dossier et toute contention fait l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée, comme le stipule la procédure.

Le recueil du consentement éclairé du patient est organisé et tracé dans son dossier, de même qu'un refus de soins éventuel.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont réalisés en partie à partir de nombreux indicateurs :

- Taux de plaintes et réclamations
- Nombre de déclarations d'événements indésirables relatifs aux droits des patients
- Taux de satisfaction dans les questionnaires de sortie sur les items concernant les droits des patients
- Nombre de FEI sur le thème
- Indicateurs du bilan annuel de la CDU
- Les indicateurs IQSS
- Les indicateurs HN, dont les résultats sont à 100%

L'évaluation périodique du respect des droits des patients se fait via le retour des questionnaires de satisfaction à la sortie.

Enfin, l'établissement a également mis en œuvre des évaluations de patient traceur (environ quatre par an), lui permettant d'évaluer régulièrement le respect des droits des patients durant la prise en charge.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration relatives aux droits des patients, inscrites dans le PAQSS institutionnel, ont été mises en œuvre avec atteinte de l'objectif pour la majorité d'entre eux. Elles sont planifiées et suivies en lien avec la responsable qualité et le cadre de santé et ajustées au regard des résultats obtenus.

La communication des résultats est réalisée au niveau de la CDU. Pour les équipes, la politique de communication permet des informations régulières et sous différentes formes (affichage des résultats de toutes les évaluations, documentations sur le « commun » institutionnel et journal qualité mensuel).

La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective notamment pour les indicateurs nationaux.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

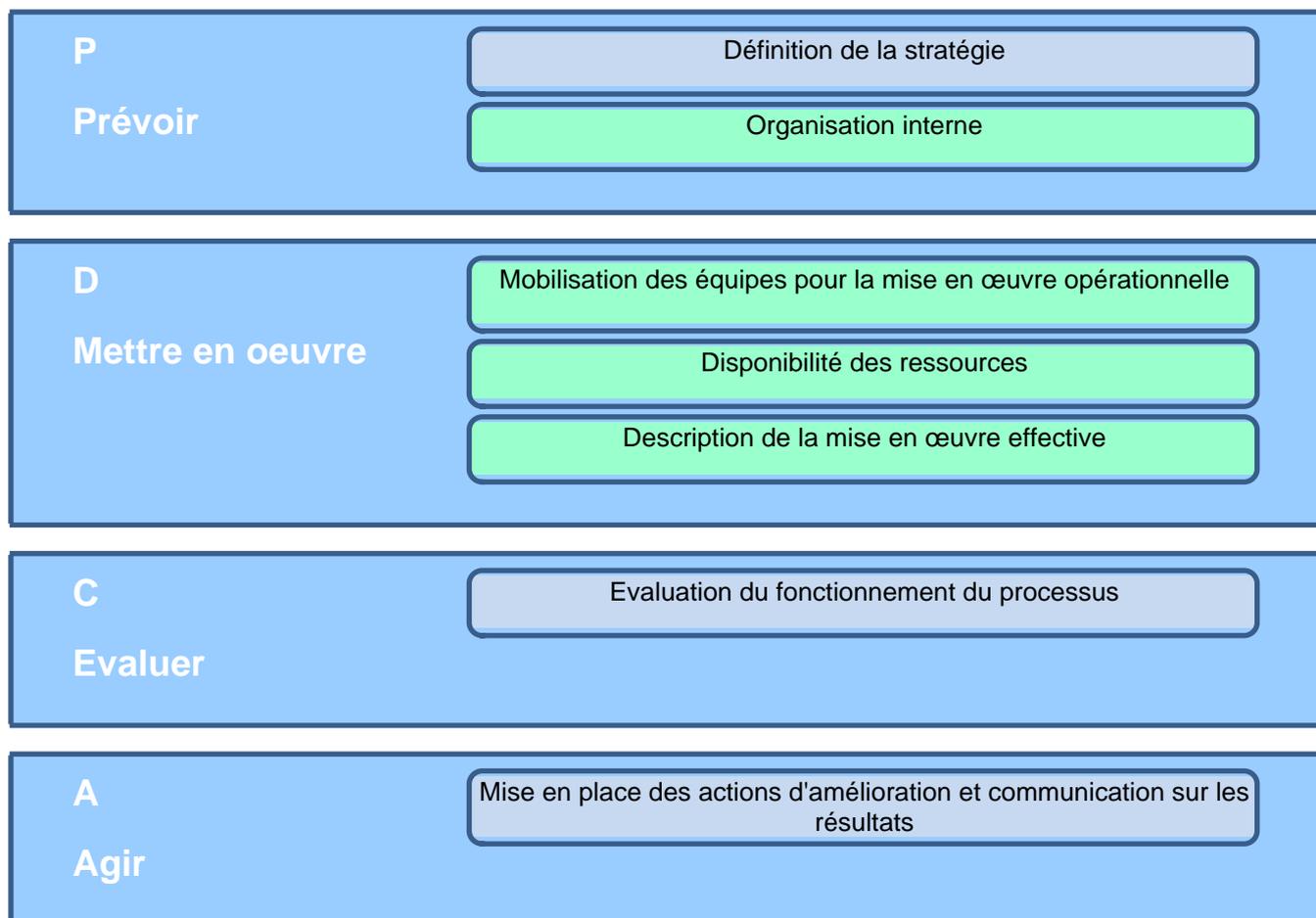
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La clinique Sainte Thérèse a défini sa stratégie du Parcours du patient en s'appuyant sur les engagements du CPOM 2019-2024 et les procédures d'autorisation. Cette stratégie prend en compte les besoins de la population, définis dans le Projet Régional de Santé, besoins sous-tendus notamment par un fort indice de vieillissement. Le Centre dispose d'un Projet d'Etablissement 2015-2019 prenant en compte le parcours du patient en intra établissement, et intégrant les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert), les populations spécifiques (patients âgés), les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant des conventions.

L'établissement a identifié les besoins spécifiques au regard de ses missions et de ses spécialités : SSR polyvalent adulte en hospitalisation complète.

Des pilotes et copilotes ont été identifiés pour la thématique afin d'élaborer le Compte Qualité. Une cartographie avec analyse des risques a été élaborée. Les indicateurs IQSS, les exigences de la Certification HAS, les indicateurs internes, les résultats de démarches d'évaluation, des questionnaires de satisfaction et les événements indésirables déclarés via le système interne sont les sources de données utilisées par l'établissement pour identifier ses risques propres.

Les risques ont été hiérarchisés selon une méthodologie définie, et ont été priorisés. Les risques identifiés comme prioritaires sont reportés dans le compte qualité.

Les objectifs identifiés et les actions qui en découlent sont déclinés dans un programme d'actions formalisé, intégré et articulé avec le PAQSS institutionnel. Les modalités de suivi et le traitement des risques identifiés sont déterminés.

Cette stratégie est validée par le COVIGERIS, la CME et la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre SSR Sainte Thérèse a défini une organisation pour piloter le processus. Les pilotes ont été nommés : le cadre de santé et le médecin président de la CME. Le groupe s'appuie sur les instances pré existantes telles que le CLAN, le COMEDIMS-CLUD, le CLIN, afin de travailler sur les problématiques actualisées du parcours du patient.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines qualitatives et quantitatives, à travers :

- l'adéquation des compétences en fonction des spécificités : un médecin cardiologue, un médecin gériatre, un médecin généraliste, des médecins MPR, un médecin psychiatre, une cadre de santé, des masseurs-kinésithérapeutes, une diététicienne, une assistante sociale, une orthophoniste etc.,

- la définition d'un plan de formation établi en intégrant les demandes des professionnels. Ainsi, au regard des orientations de prise en charge définies, le plan de formation prévoit des actions relatives à la gestion de l'urgence vitale, à la prise en charge du risque suicidaire, aux plaies chroniques et cicatrisation, mais aussi des formations diplômantes adaptée aux prises en charge réalisées : DU hygiène, DU plaie et cicatrisation, AFGSU.

Un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est en place.

Les ressources matérielles sont identifiées, telles que les appareillages et équipements spécifiques aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux personnes à mobilité réduite.

La prise en charge des personnes âgées est organisée en transversalité, il existe des protocoles de prescription chez les personnes âgées.

Le matériel nécessaire en situation d'urgence vitale est présent et disponible (un sac d'urgence, un chariot d'urgence et un DSA). La formation en est organisée.

L'ensemble des ressources documentaires sont prévues (protocoles et procédures actualisés et connus) et diffusées dans le « Commun institutionnel ». La Procédure « conduite à tenir face à l'urgence » a été actualisée en décembre 2018.

L'établissement a organisé une collaboration avec un laboratoire de biologie médicale et une convention avec un cabinet de radiologie, assurant la continuité des soins. Sont mises à disposition des professionnels : le dossier patient informatisé et résiduel papier, les chartes de fonctionnement, protocoles et procédures de soins. L'astreinte médicale et administrative est en place. La présence d'au moins une IDE est organisée 24h/24.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de soins favorisent l'implication des équipes notamment par des informations régulières : réunions de services, sensibilisation et information sur les outils utilisés et les risques identifiés.

Les professionnels sont sensibilisés à l'existence de plans d'actions spécifiques à leur secteur d'activité. Des groupes opérationnels pluri professionnels tels que : groupe alimentation et nutrition, EOH organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels.

La méthode des patients traceurs a été utilisée, avec les professionnels dans les groupes de travail, pour analyser le processus du parcours.

Des évaluations (enquêtes, audits) permettent aux responsables de s'assurer de la conformité des pratiques professionnelles. Des audits sur les pratiques ont été réalisés : délai de prise en charge en Kinésithérapie, évaluation des orientations de sortie des patients, évaluation des transports.

Le suivi des FEI et le pilotage des CREX sont en place.

Des actions correctives sont mises en place et suivies par les responsables de soins avec l'appui des pilotes du processus et la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences sont présentes dans l'établissement : des médecins aux compétences diverses (gériatrie, cardiologie, psychiatrie, MPR), cadre de santé, IDE référente, masseurs kinésithérapeutes, des infirmier(e)s, des aides-soignants(e)s, des agents de service, diététicienne, assistante sociale, orthophoniste...

Des formations sont mises en œuvre pour les professionnels afin de répondre aux nombreux et spécifiques besoins des prises en charge, et sont reconduites régulièrement : la formation à l'urgence vitale par exemple.

Les ressources documentaires (gestion documentaire informatisée opérationnelle, accessible et disponible) sont en place.

Le livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction sont remis au patient et/ou à sa famille.

Un numéro d'astreinte administrative est disponible dans chaque poste de soins

La présence d'une infirmière la nuit, est effective.

Un planning d'astreintes médicales est accessible aux soignants sur tous les postes informatiques et sous format papier dans les salles de soins.

Une organisation permettant de prendre en charge les éventuelles situations d'urgence, est en place. La présence du matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible et accessible à proximité du poste de soins. Le matériel d'urgence est contrôlé.

Un parc d'ordinateurs fixes et portables est mis à disposition des agents : dans les postes de soins, bureaux médicaux, les chariots à médicaments. Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. Le dossier patient contient l'intégralité des données nécessaires à une prise en charge coordonnée.

Les matériels sont adaptés à l'activité et mis à disposition des équipes en fonction de la discipline : pèse-personne, tapis de marche, vélo elliptique...

L'établissement dispose d'espaces dédiés aux différentes activités thérapeutiques : plateau de kinésithérapie, et de plusieurs espaces de vie, un espace cinéma, permettant d'accueillir les patients et leurs familles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire et les investigations réalisées selon la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle des différentes modalités de prise en charge, de l'admission à la sortie y compris lors de transfert. Les prises en soins sont assurées par une équipe pluridisciplinaire. La permanence des soins est assurée 24h/24 et 7 jours sur 7, une astreinte médicale est assurée. L'établissement dispose aussi d'un système d'astreintes administratives 24h/24 et 7 jours sur 7. Enfin, un numéro est accessible aux professionnels. Un gardien est présent dans l'établissement 24h/24.

La coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux et les autres intervenants dans la prise en charge est effective : leurs observations respectives sont tracées dans le dossier du patient. Les coopérations pour les prises en charge spécifiques sont organisées et mises en œuvre.

L'accueil du patient est organisé. Les demandes d'admission sont réceptionnées via " ROR" ou par fax et

une analyse est effectuée par la commission d'admission sous la responsabilité du médecin coordonnateur et la cadre de santé. L'accueil administratif répond aux règles de vérification de l'identité, au recueil de la personne à prévenir et de la personne de confiance, à la remise du livret d'accueil, à l'inventaire des objets de valeurs.

Les professionnels accueillent le patient dans le service et donnent des informations sur le fonctionnement du service et les conditions de séjour. L'évaluation initiale est tracée dans le dossier avec des macro-cibles d'entrée. Cette évaluation est réalisée à partir du recueil informatisé des constantes par les infirmières et les aide soignantes, du recueil des besoins fondamentaux, de l'évaluation de la douleur par des échelles d'auto-évaluation ou ECPA (pour les patients non communicants), du risque d'escarre grâce à l'échelle de Norton, des troubles nutritionnels par les paramètres anthropométriques (poids, taille, IMC et perte de poids) et biologiques par l'albuminémie et la CRP, de l'observation médicale initiale (examen somatique, psychique et social), du risque suicidaire par le médecin psychiatre, et des bilans des rééducateurs sur prescriptions. La famille et l'entourage travaillent en partenariat avec les professionnels.

Les directives anticipées et la personne de confiance sont recherchées et tracées par l'équipe soignante. La réflexion bénéfique risque est présente dès l'entrée du patient, elle est tracée pour les traitements et examens à risque par le médecin référent.

La mise en œuvre des procédures de vérification de l'identité est effective, à partir du bracelet d'identification et de la photo du patient téléchargée dans le dossier informatisé.

L'évaluation continue est tracée dans le dossier sur les fiches de suivi des différents intervenants, lors du suivi régulier des problématiques et suite aux transmissions.

Les plans de soins contribuent à la réactualisation de la prise en charge. Les observations médicales sont rédigées dans le dossier. Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires suivent les avancées des actions et des soins proposés et réévaluent le projet de soins personnalisé du patient ; la traçabilité est effective. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet global de prise en charge est opérationnelle. Les personnels de rééducation saisissent leurs observations dans le dossier patient informatisé.

Les prescriptions d'examens de laboratoire et d'imagerie sont argumentées et la transmission des résultats est compatible avec la prise en soins du patient.

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est adaptée. La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie et connue des professionnels. Les prises en charges spécifiques dont celle des personnes âgées est organisée et effective.

Des actions d'éducation sont menées dans l'établissement sur les chutes, les AVK et les médicaments génériques.

La sortie (ou le transfert) du patient est anticipée afin de l'organiser dans de bonnes conditions. Des réunions sont tenues par les médecins, les équipes soignantes et l'assistante sociale pour préparer cette sortie, en contact avec les intervenants extérieurs. Les patients et les proches sont associés à la planification de la sortie, ils en sont informés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du processus est évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources, adaptés aux spécificités de l'établissement (IQSS, TBIN, HN, indicateurs propres à l'établissement, questionnaires de satisfaction des patients, tableau de bord des EPP sur le parcours, audits sur les pratiques) et articulé avec le programme d'actions institutionnel de l'établissement.

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement, par la cellule qualité, le COVIGERIS et les pilotes de processus identifiés, sur la base du suivi des indicateurs recueillis, des modalités et des fréquences de recueil et des modalités d'analyse.

Les tableaux de bord et les actions d'évaluation servent à identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les pilotes et les professionnels concernés donne lieu à des actions d'amélioration en fonction des résultats obtenus aux évaluations et en fonction des indicateurs. Ainsi, suite aux résultats des patients traceurs et l'audit du processus parcours patient, l'établissement a fixé des objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles, tel que la poursuite des efforts en matière d'évaluation du risque suicidaire à l'admission du patient et la rédaction d'un protocole de conduite à tenir

en cas de risque suicidaire. Les actions et les évaluations sont intégrées dans le PAQSS et un réajustement de ce dernier est réalisé par la Cellule Qualité.

Des supports et modalités de diffusion sont établis en fonction des cibles. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (CDU). De nombreux outils de communication existent pour la diffusion des résultats auprès des professionnels (affichage des indicateurs dans le poste de soins, réunions de service, mise à disposition dans « Commun institutionnel », journal qualité).

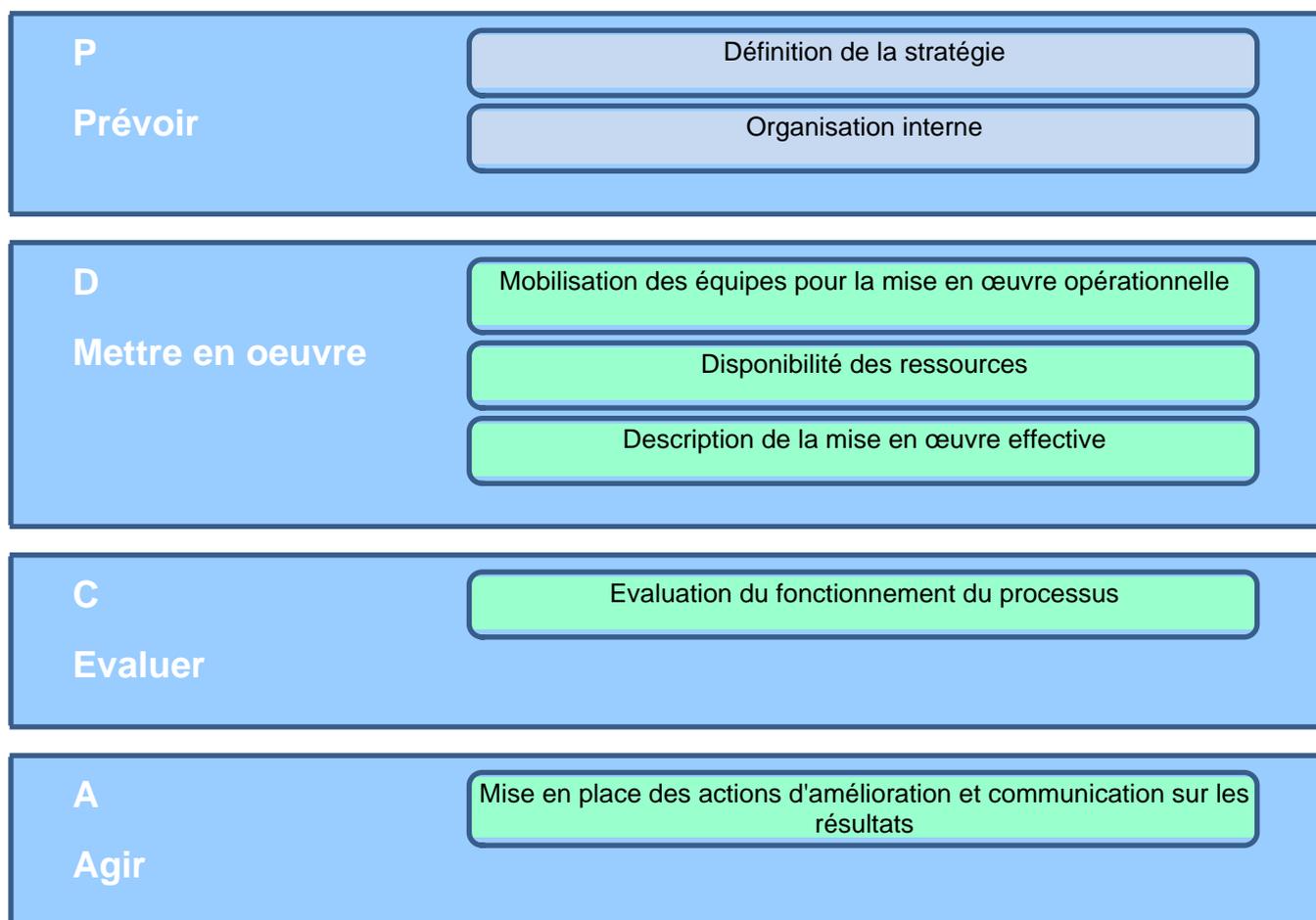
DOSSIER PATIENT

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 du dossier patient de la clinique Sainte Thérèse est formalisée dans le processus "Gestion du Dossier Patient". Ce dernier couvre la gestion et l'accès du dossier. Les besoins de l'établissement en matière de dossier patient ont été définis dans un document appelé " Politique du dossier patient " en date du 22 Juillet 2015 réactualisée en Juillet 2019 et "politique de sécurité du système d'information" en date du 14 mars 2016 réactualisée en Juillet 2019.

Ces documents sont validés par la direction et la CME pour les V1 ; le Projet d'établissement 2015-2019 porte sur le renforcement de cette politique. Celle-ci est définie en lien avec une identification et une analyse des risques propres à l'établissement. Cette analyse a été coordonnée par la cellule qualité, en impliquant les personnes ressources et les professionnels de terrain.

L'établissement a établi une cartographie des risques sur le dossier patient à partir des FEI déjà existantes, des indicateurs. Ces risques ont été hiérarchisés selon une méthode définie, en utilisant la grille de l'HAS et ont conduit à définir des priorités d'amélioration qui figurent dans le plan d'actions du Compte Qualité.

Le Centre SSR Sainte Thérèse a élaboré un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi pour la thématique "Dossier patient". Ce programme d'actions est élaboré à partir des objectifs de la politique et en tenant compte de la Certification V2014, des indicateurs IQSS, du CPOM 2019-2024. Les actions du Compte Qualité sont intégrées au volet dossier patient du Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Ces actions d'amélioration identifiées comportent un pilote et un échéancier de réalisation.

L'établissement a identifié deux objectifs d'amélioration prioritaires qui sont d'Assurer une bonne prise en charge du patient et Répondre aux recommandations de la HAS et de l'IFAQ en ce qui concerne le compte-rendu d'hospitalisation.

L'établissement dispose d'un plan d'évaluations pour le processus "Gestion du Dossier Patient" qui est revu chaque année. Celui-ci est suivi en COVIGERIS tous les mois. Il existe différents indicateurs sur le dossier patient. Ces indicateurs sont intégrés au tableau de bord des indicateurs de l'établissement : IQSS, nombre de plaintes/réclamations sur le dossier patient, suivi évènements indésirables, délai de transmission demande de dossiers, nombre de demandes de dossiers. La Commission médicale d'établissement (CME) a validé le programme d'actions pour la thématique "Dossier patient" et les résultats lui sont communiqués. Il existe une stratégie de communication régulière. La politique du dossier patient est diffusée avec l'ensemble des documents dans la base "commun institutionnel" et dans le journal qualité.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique Sainte Thérèse a mis en place une organisation pour piloter le processus "Gestion du Dossier Patient" et les missions sont déclinées. Le pilotage du processus est assuré par la cadre de santé et la diététicienne. Les différentes actions sont impulsées par le cellule qualité et mises en œuvre sur le terrain par la cadre de santé, la diététicienne et l'attachée de direction.

Une société extérieure est responsable du dossier patient informatisé. L'attaché de direction est chargée du suivi et fait office d'administrateur pour ce logiciel.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Il existe un plan de formation pluriannuel intégrant les bonnes pratiques de la traçabilité des éléments de la prise en charge. La formation des nouveaux arrivants est organisée. Le Plan de Reprise d'Activité (PRA) de la Clinique a été élaboré en mars 2016 par la direction de l'établissement. La maintenance des équipements et du réseau informatique est organisée en collaboration avec un informaticien, et les modalités de fonctionnement en mode dégradée sont définies.

Les habilitations pour accéder au dossier informatisé sont formalisées en fonction des profils de poste. Les modalités d'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier se font à partir des différentes procédures qui sont accessibles aux professionnels sur les postes informatiques. Par ailleurs, il existe une charte de bon usage du système d'information. L'établissement a mis en place une charte non punitive afin d'inciter le personnel à déclarer tout événement indésirable.

La gestion de l'archivage du dossier patient papier est sous la responsabilité de deux personnes identifiées : la secrétaire d'accueil pour le dossier médical, et la secrétaire de facturation pour la partie administrative, avec des modalités spécifiques de classement et de conservation. Cette organisation est décrite dans la "Procédure rangement des archives des dossiers médicaux et administratifs et

comptabilité". L'archivage du dossier patient est organisé en deux lieux sécurisés : des placards d'archives au sous-sol pour les dossiers anciens et des placards d'archives au premier étage pour les dossiers plus récents.

Les interfaces (dont le dossier informatisé) permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des risques identifiés.

L'accès du patient à son dossier est organisé selon les modalités prévues par la réglementation. Les responsabilités des personnes chargées du traitement des demandes sont identifiées. Les modalités d'accès au dossier sont définies au sein de la procédure "accès au dossier patient" (juillet 2015). Des informations sur le droit d'accès des patients à leur dossier sont disponibles dans le livret d'accueil.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre de soins, la diététicienne et l'assistante direction de la Clinique Sainte Thérèse impliquent les professionnels des secteurs de soins quant à la déclinaison du dossier patient informatisé dans chaque service et son installation.

La cadre de santé et la diététicienne animent des réunions de service autour du dossier patient et impulsent une démarche d'amélioration dans les unités et s'assurent de la conformité des pratiques notamment sur les indicateurs IQSS : nutrition, douleur, escarre. Ces indicateurs sont communiqués aux professionnels et des actions correctrices sont mises en place en cas de besoin.

La conformité des pratiques est recherchée par des audits.

Les acteurs de terrain ont accès aux résultats des audits auxquels ils ont participé par voie d'affichage dans le poste de soins. Des CREX et des actions de sensibilisation et de mobilisation des équipes sont mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Il existe un dossier patient informatisé pour les prescriptions, les plans de soins, l'administration, les transmissions, la bureautique médicale (courriers, recueil, ordonnances, CR, etc.). Les ressources en ordinateurs et chariots sont disponibles et permettent la prise en charge adaptée des patients. Ces outils permettent de créer, tracer et archiver en temps utile les éléments de la prise en charge. Il existe un code d'accès nominatif au dossier patient informatisé et ce code d'accès est différencié selon l'emploi et le métier exercé.

Les dysfonctionnements du logiciel sont signalés par les utilisateurs via le système de signalement des EI. Un accès téléphonique est en place pour régler les problèmes relatifs à l'outil informatique.

Le dossier patient papier contient les documents non informatisés : les résultats d'examens complémentaires, la fiche personne confiance, le dossier administratif, l'ordonnance du traitement personnel, etc. Les dossiers patients papier sont conservés dans les salles de soins à l'accès sécurisé dans des armoires dédiées.

Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés au travers du guide d'utilisation du dossier d'hospitalisation.

Les plans de formation sont mis en œuvre et l'ensemble du personnel médical et paramédical a été formé à l'utilisation du logiciel "dossier patient informatisé". Enfin, la secrétaire d'accueil a été formée à l'archivage du dossier patient. L'établissement dispose de deux locaux d'archivage respectant la réglementation. Ces locaux d'archives permettent la conservation des dossiers et sont aux normes de sécurité (fermeture, incendie).

Les modalités d'accès au dossier sont disponibles dans les services, au sein de la procédure "accès au dossier patient". Les documents permettant d'expliquer au patient son droit et le mode d'accès à son dossier médical sont disponibles dans les services, en particulier le livret d'accueil.

Les demandes des dossiers des patients sont réalisées via un formulaire spécifique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient comporte les informations administratives, le document médical à l'origine de la prise en charge, les motifs d'hospitalisation, les différents comptes rendus, les observations médicales, les prescriptions, les macro cibles, le recueil de données, les diagrammes de soins, les transmissions ciblées, la personne de confiance, les directives anticipées, la réflexion bénéfique /risque, le projet de soins personnalisé et le consentement du patient.

L'évaluation initiale du patient est systématiquement réalisée et tracée dès l'entrée du patient. La traçabilité des intervenants de la prise en charge médicale et paramédicale est réalisée en temps utile. La traçabilité de la validation des sorties est effectuée. La communication du dossier avec les correspondants

extérieurs est assurée en temps utile. En cas de transfert externe à l'établissement, un courrier médical est rédigé. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont datées avec indication de continuité de la prise en charge, l'heure et signées et l'identité du médecin prescripteur est mentionnée en caractères lisibles. Les règles d'identification du patient, les règles de confidentialité et les règles de tenu du dossier, formalisées et diffusées sur le "commun institutionnel", sont connus par l'ensemble des professionnels.

La procédure dégradée en cas de panne informatique et la charte informatique sont connues par tous les professionnels.

L'analyse des événements indésirables liés au dossier patient est réalisée en CREX. Une équipe pluridisciplinaire participe aux EPP sous forme de mini audit sur la traçabilité (douleur, poids et escarre) et sur la tenu du dossier patient.

Les résultats sont affichés dans le poste de soins et analysés en COVIGERIS.

Le recours aux archives médicales est opérationnel de manière à répondre aux besoins d'accès des professionnels aux données des prises en charge antérieures du patient. Il existe des placards d'archives au premier étage fermés à clé et des placards d'archives au sous-sol fermés à clé. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont connus et respectés par les professionnels. Six dossiers ont été demandés en 2018. Les délais d'envoi sont suivis et respectés.

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont gérées par la Direction et sont identifiées dans le bilan annuel de la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa politique sur la base d'outils identifiés.

Il s'agit de tableaux de bord tracés permettant le suivi d'indicateurs du dossier de soins, indicateurs IQSS (TDP, DEC, DS, TED, DTN), nombre plaintes concernant le dossier, nombre de FEI. Des audits de tenue du dossier ont été menés, par tirage aléatoire de 20 dossiers, selon une grille d'analyse commune portant sur la traçabilité de la douleur et la traçabilité du suivi du poids et les résultats sont affichés dans le poste soins.

Des évaluations des pratiques professionnelles sont effectuées par l'équipe pluridisciplinaire sur la traçabilité et sur la tenue de dossier patient.

Des patients traceurs ont été discutés par l'équipe soignante et des actions d'amélioration ont été mises en place afin d'améliorer la traçabilité dans le dossier patient. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus "Gestion du Dossier Patient" est réalisé par le COVIGERIS.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations ont conduit à la mise en place d'actions tel que la mise en place et la traçabilité des synthèses pluridisciplinaires et la sensibilisation des soignants à la Traçabilité du retrait du traitement personnel. Ces actions d'amélioration sont inscrites dans le compte qualité et dans le PAQSS. Leur suivi est assuré lors des réunions régulières du COVIGERIS et un bilan annuel des actions mises en œuvre est effectué chaque année.

La communication aux professionnels de l'établissement est assurée par la mise en ligne des résultats des indicateurs IQSS et des résultats d'audits sur la base documentaire informatisée, par voie d'affichage dans les postes de soins et dans le journal qualité de l'établissement. Les résultats sont également analysés en réunions pluridisciplinaires. L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier.

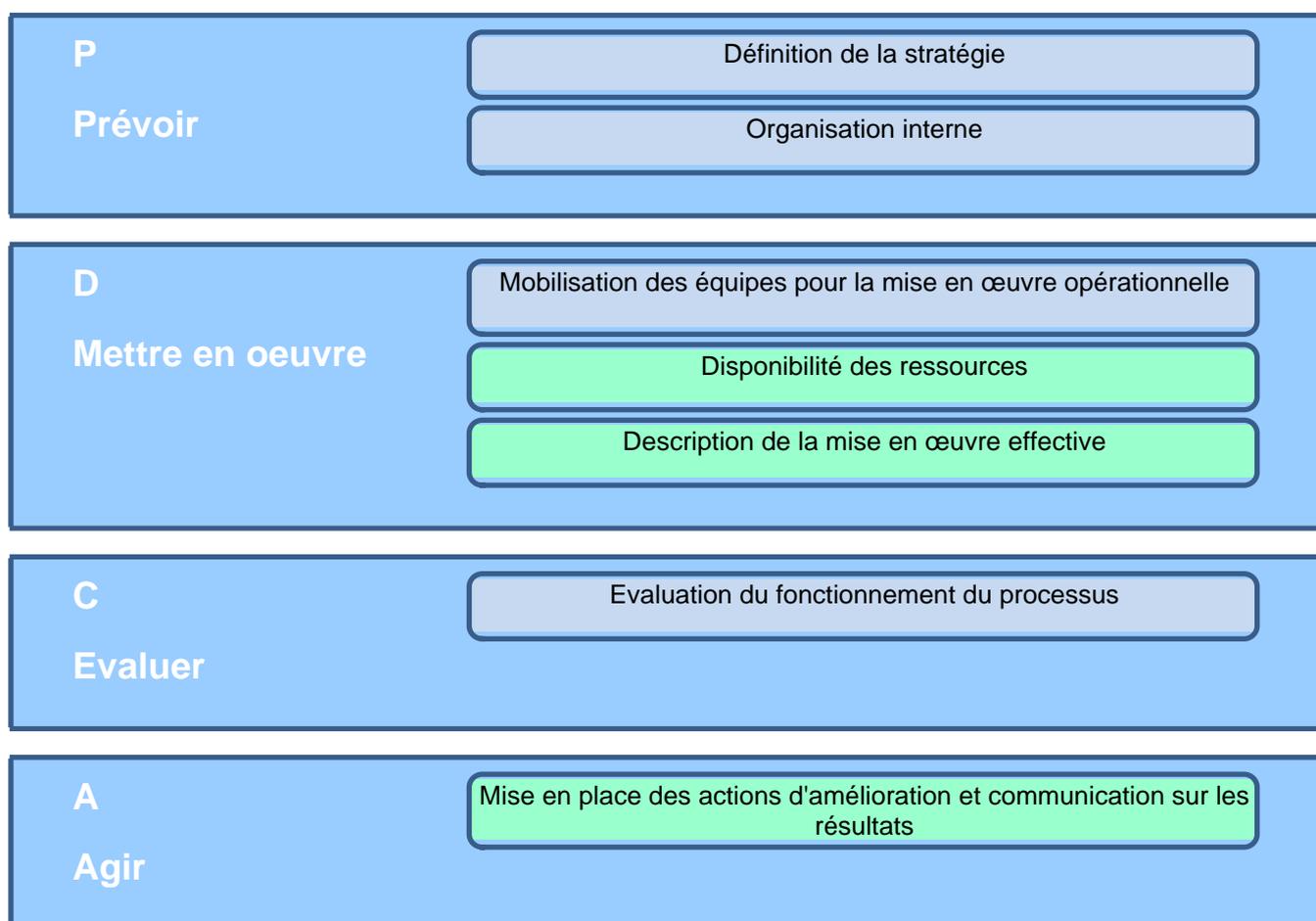
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse avec dispositions spécifiques au sujet âgé, en termes de iatrogénie, a été formalisée et validée en CME en 2015 via l'intégration au projet d'établissement 2015/2019, puis mise à jour régulièrement, la dernière version datant d'août 2019.

L'établissement a complété cette politique par la réactualisation du Manuel Qualité du Management de la prise en charge médicamenteuse en juin 2019, décrivant toutes les étapes du circuit du médicaments, avec renvoi aux procédures, protocoles, enregistrements et fiches techniques. Enfin, un programme pluriannuel sur trois ans a été défini suite à un audit du circuit par le CO-CLIN.

Tous les éléments de cette stratégie ont été communiqués aux professionnels via le dossier « commun » informatisé, séparé en deux sous-dossiers, l'un intitulé « qualité » l'autre « protocoles ».

L'analyse des risques structurée, via différents outils, dont ARCHIMED, a permis de déterminer les risques prioritaires qui ont été intégrés au compte qualité.

Les actions d'amélioration requises sont déclinées dans le PAQSS institutionnel, les ressources et les modalités de suivi sont identifiées.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus, avec un pharmacien à 60% de temps de travail, et présent tous les matins à la PUI. Il bénéficie d'une fiche de poste formalisée pour l'ensemble de ses missions dont celle de pilotes de processus. Il est « Responsable du Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse ». Une préparatrice en pharmacie, également à temps partiel, complète cette équipe et permet la préparation des piluliers.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est effective. Un pharmacien remplaçant, sous contrat, permet l'organisation du maintien de cette permanence, lors des remplacements de congés du pharmacien en titre. Il existe aussi à chaque étage, une armoire de dotation de médicaments (liste validée en CME). Enfin, cette organisation est complétée par une convention de collaboration avec une pharmacie d'officine et une clinique voisine avec PUI. Toute cette organisation est procédurée.

Une liste des médecins prescripteurs habilités a été formalisée avec signatures ; chacun d'eux possède un code permettant la connexion avec le DPI, car l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète et définie en lien avec le Système d'Information.

En termes de gestion documentaire, l'établissement a mis à disposition des professionnels des procédures et protocoles en lien avec le circuit du médicament, accessibles via un dossier « commun » informatisé.

Enfin, un livret thérapeutique, validé par le COMEDIMS, est à disposition des prescripteurs via le logiciel dossier patient.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments, y compris des médicaments à risques, sont conformes et mises en place. La liste des médicaments à risque, faisant l'objet de fiches techniques spécifiques, est mise à disposition des IDE, dans un classeur papier, avec différents documents importants du circuit du médicament. De plus, les médicaments à risques sont identifiés par un logo à la pharmacie, dans les armoires de dotation et sur les piluliers.

La livraison des médicaments est organisée en dispensation nominative, sous forme de piluliers. Les livraisons pour les dotations pour besoins urgents s'effectuent dans des bacs sécurisés, et les dispositifs médicaux dans des rolls sécurisés également. Enfin, la chaîne du froid est respectée avec des containers réfrigérés pour les médicaments qui le nécessitent.

La gestion des traitements personnels des patient est protocolisée, et la continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus.

Les règles et support de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs, et des outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels via le logiciel dossier patient (BCB, guide de prescription et médicaments personnes âgées).

La gestion des interfaces est organisée et facilitée par la taille de l'établissement. Elle permet la concertation directe entre professionnels et l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Enfin, les alertes ascendantes et descendantes sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, la responsable qualité et la cadre de santé favorisent l'implication des équipes, notamment par des informations, des affichages, en plus des informations données par le journal mensuel.

Le pharmacien s'assure aussi de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues via des audits liés aux différentes étapes du circuit du médicament.

De fait, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre avec résultats communiqués aux équipes. Les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux se sont appropriés les objectifs et plans d'actions et sont impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle et transversale.

Les équipes sont également mobilisées dans les signalements des événements indésirables et participent à l'analyse des causes profondes, menée par la RAQ, formée à la méthode ALARM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge médicamenteuse ont été mises en place, avec des postes informatiques fixes dans les bureaux et salles de soins, et des postes nomades pour les prescriptions médicales et pour l'administration sur des chariots de distribution sécurisés.

L'unité de soins possède un coffre sécurisé pour les stupéfiants et un réfrigérateur dédié aux médicaments avec traçabilité des températures tous les jours.

Les locaux de la pharmacie sont conformes et sécurisés avec alarme. L'accès y est règlementé et n'est accessible que par le pharmacien et la préparatrice. La pharmacie est équipée d'un réfrigérateur avec prise de température journalière également.

Les professionnels disposent de l'ensemble des documents liés à toutes les étapes du circuit du médicament sur le dossier « commun » informatisé. On y retrouve « préparation et circuit des piluliers patients », « prescription, délivrance et administration des stupéfiants », « préparation et circuit des dispositifs médicaux », « gestion des médicaments personnels du patient », « Prise en charge médicamenteuse guide de prescription », « Gestion des prescriptions en si besoin », « aide à la prise médicamenteuse chez le patient à risque », « liste des médicaments non écrasables », « gestion alertes pharmacovigilance, matériovigilance et réactovigilance », etc....

Cette documentation est régulièrement réactualisée. Enfin, dans chaque salle de soins un classeur spécifique pharmacie a été créé avec les éléments les plus importants pour les professionnels, dont la liste des médicaments à risques.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse ont été mises en œuvre, avec :

- Formation aux erreurs médicamenteuses et médicaments à risque
- Sensibilisation aux bonnes pratiques d'administration des médicaments
- Formation sur les différentes étapes du circuit du médicament
- Formation réévaluation des antibiotiques pour les médecins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont mises en œuvre, comme le confirme l'indicateur HN « Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés ».

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est effective et de niveau 2, avec avis du pharmacien, si nécessaire, tracé pour les médecins.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, avec prise en compte du traitement personnel notifié à l'admission. La gestion du traitement personnel bénéficie d'une procédure spécifique, connue des professionnels.

La dispensation des médicaments est nominative. Tous les médicaments sont identifiables dans les piluliers journaliers, avec ré-étiquetage des blisters qui ne permettent pas cette identification lors du découpage. De plus, tous les piluliers sont identifiés avec une étiquette nominative patient, et en cas d'homonymie une étiquette rouge attire la vigilance de l'infirmier qui administre les médicaments.

Les règles de gestion sont respectées en termes de chaîne du froid avec utilisation de pochettes isothermes, et en termes de vérification des périmés. Les stupéfiants bénéficient d'une organisation propre, avec stockage et procédure dédiés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, avec des échanges réguliers, en direct, du fait de la taille de l'établissement et via le COMEDIMS qui se réunit à minima deux fois par an.

La traçabilité de l'administration du médicament est effective et en temps réel, via l'ordinateur nomade. Avant toute administration, les IDE vérifient le pilulier et l'identité du patient via la photo du patient intégrée au logiciel ou via le bracelet d'identification pour les patients non cognitifs et/ou déambulants.

Des informations sur le bon usage des médicaments sont délivrées oralement aux patients, par les médecins et les IDE, une fiche sur les médicaments génériques est remise avec le livret d'accueil, et enfin, on peut trouver dans ce dernier deux pages d'information sur la prise en charge médicamenteuse.

La conciliation médicamenteuse a débuté avec fiche spécifique créée.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'évaluation de de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs. Les évaluations sont nombreuses et périodiques, permettant d'identifier des actions correctives. Le dernier audit sur l'ensemble du circuit date de 2019 et a permis un programme pluriannuel sur trois ans. Les EPP sur le circuit du médicament sont régulières, dont l'EPP sur l'administration.

D'autre part, le pharmacien suit la consommation des antibiotiques (avec inscription à CONSORES) et la traçabilité de leur réévaluation, la consommation des antalgiques, les scores ICATB (en A), le nombre de FSEI liées au circuit du médicament, les indicateurs HN et plus récemment les indicateurs du CAQES et le nombre de conciliation médicamenteuse.

Le recueil des fiches de signalement d'évènements indésirables sur le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses, sont assurés.

Des CREX régulières, depuis 2014, permettent des analyses de causes profondes avec les professionnels de terrain.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration intégrées au PAQSS ont été mises en place, tant dans le système de management que dans la sécurisation du circuit, avec un focus et des résultats efficaces sur les étiquetages des traitements (ré-étiquetage des blisters et étiquetage nominatif avec date d'ouverture des médicaments de types gouttes et sirops) et la formation récente des médecins sur la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques.

La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels via un affichage régulier dans les salles de soins, mais aussi via le journal interne mensuel et des notes de services.

Les comptes-rendus de CREX sont diffusés sur le dossier « commun » informatisé.