



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE

Avenue David Ben Gourion
69337 LYON 09

JUILLET 2015

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	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suvi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	17
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	18
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	19
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	24
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	28
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	39
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	42

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 Scope Santé <http://www.scopesante.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.

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	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

CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE

Adresse : Avenue david ben gourion
69337 LYON 09 RHONE

Site internet: <http://www.capio.fr/sauvegarde/>

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	161	20	0

Nombre de sites.:	1 site
Activités principales.:	- Médecine - Chirurgie
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Médecine - Chirurgie - Chirurgie esthétique - Chirurgie cardiaque - Chirurgie plastique - Chirurgie thoracique - Cardiologie interventionnelle - Ophtalmologie - Urgences - Réanimation - Traitement du cancer (chirurgie et chimiothérapie)
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	/
Regroupement/Fusion.:	Fusion avec la Clinique Saint Louis (Lyon) depuis le 3 septembre 2012.
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles	Les activités arrivées de St Louis sont intégrées à celles de la clinique depuis la visite de certification.

ou reconversions.:

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 recommandations.

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

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

11.c Court Séjour (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) .

19.a Enfants et adolescents (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) ;19.a Personnes atteintes d'un handicap (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) ;19.a Personnes démunies (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) ;19.a Personnes âgées (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) .

20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.b Court Séjour (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) .

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 Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- les infrastructures,
- la sécurité incendie,
- la sécurité électrique,
- les produits sanguins labiles.

Bien que l'établissement ait des avis favorables sur ces thématiques, il n'a pas finalisé la mise en œuvre des actions d'amélioration permettant de lever l'ensemble des recommandations prononcées lors de ces contrôles externes (actions cochées "En cours" dans la fiche interface annexée).

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

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois un plan d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

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.g
Maîtrise du risque infectieux



Cette grille est applicable dans les établissements disposant du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé ou dans les établissements exclus du classement par ce même ministère pour absence de surveillance des infections du site opératoire.

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée, définie et validée dans le cadre du CLUD, instance pluriprofessionnelle. Elle identifie les différents types de prise en charge de la douleur dans l'ensemble des secteurs. Les priorités sont définies par le CLUD et centrées sur le développement de la médecine moderne au travers de la récupération rapide après la chirurgie. Les objectifs portent sur :

- la formation des professionnels,
- le développement de la prise en charge de la douleur des patients non-communicants,
- l'amélioration de la prise en charge de la douleur pour les patients pris en charge aux urgences,
- la prise en charge des patients en fin de vie,
- l'implication des professionnels.

En 2014, le CLUD s'est étoffé avec l'arrivée de nouveaux membres IDE issus de différents services (dont 2 IDE disposant d'un DIU douleur).

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	De multiples protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques, sont rédigés et adaptés aux différents types de chirurgie de l'établissement, aux différents types de patients et en particulier pour les patients en oncologie ainsi que pour la douleur liée aux soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La nouvelle composition du CLUD (2014) permet une présence effective sur le terrain favorisant la sensibilisation/formation des différents acteurs. En effet, le CLUD compte désormais un médecin algologue, deux médecins anesthésistes, deux responsables d'unité de soins, un pharmacien et 6 IDE de différents services dont deux titulaires d'un DU douleur. Elles sont nommées Infirmières ressources douleur et 4 IDE des différents services sont nommées Infirmières référentes douleur. Une formation/action par e-learning est en cours sur le 4ème trimestre 2014. Le module de formation a été validé par le CLUD en mars 2014. Il porte sur les modes d'évaluation de la douleur pour les différentes typologies de patients, sur la douleur post opératoire, les douleurs induites. Il permet, par ailleurs, un suivi en continu du niveau d'avancement des personnes formées (formation non commencée, en cours et/ou finie).
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est débutée dès le stade de la consultation pré-anesthésique. Des informations sont délivrées dans les unités de soins.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 93% avec un intervalle de confiance à 95 % = [84% – 97%] pour la campagne de recueil 2013.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	L'évaluation de la douleur est effectuée pour s'assurer de l'efficacité du traitement antalgique et le traitement est ajusté selon le résultat de l'évaluation. Les modifications du traitement sont généralement tracées, ainsi que la réévaluation du traitement. La formation en e-learning rappelle le principe d'évaluation et de réévaluation de la douleur avant et après l'administration d'antalgique.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des méthodes d'évaluation de la douleur ont été définies par la CLUD pour certains types de patients non communicants : - CHEOPS et la méthode des visages (issu de l'OPS) pour les enfants, - Algoplus pour la douleur chronique chez la personne âgée, - Doloplus pour la douleur chronique chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale, - DN4 pour la douleur neuropathique, - BPS pour les patients en réanimation. Ces outils sont mis à disposition des professionnels pour être utilisés chaque fois que nécessaire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	L'appropriation de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur par les professionnels est vérifiée au travers des audits IPAQSS. L'EVA est utilisé pour toute évaluation de la douleur par les professionnels. L'instauration de l'évaluation de la douleur pour les non communicants est récente ce qui ne permet pas au jour de la visite d'en évaluer une appropriation. L'établissement a programmé de mesurer l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur par les professionnels en 2015 (fiche de suivi, échéance décembre 2015).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : - Un audit composé des mêmes items que l'IPAQSS est réalisé entre 2 et 4 fois par an. - Une EPP sur la douleur post-opératoire avait été réalisée en 2006. Elle a été réévaluée en 2011. - La satisfaction des patients quant à l'efficacité de la prise en

	Oui	charge de la douleur est évaluée au moyen : * du questionnaire de satisfaction rempli au moment de la sortie pour les patients hospitalisés, * de l'appel du lendemain pour les patients ambulatoire : le patient est contacté par téléphone le lendemain de sa sortie par la secrétaire du service ambulatoire.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des différentes évaluations (indicateur IPAQSS, résultats des questionnaires de sortie, audits ciblés, démarche EPP, analyse des fiches d'évènements indésirables). Des référents douleur vont être nommés dans les services de soins, des outils d'évaluation pour les personnes non communicantes ont été mis en place récemment.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement fait partie d'un groupe de santé regroupant plusieurs établissements au niveau national et dispose, à ce titre, d'un partage d'expérience avec les autres établissements. Un indicateur sur la prise en charge de la douleur est suivie trimestriellement par l'établissement conjointement avec les autres établissements du groupe et fait l'objet de comparaisons.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Court Séjour
Gestion du dossier du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Il existe un document intitulé "Guide d'utilisation et de gestion du dossier patient" qui précise les modalités de constitution et de tenue du dossier patient, quelque soit le support, papier ou informatique. Ce guide décrit les différentes étapes de constitution du dossier patient : avant l'entrée (contenu de la consultation spécialisée, consultation anesthésie, pré-admission), à l'entrée (au bureau des admissions et dans le service d'hospitalisation), au cours du séjour et à la sortie. Il traite également de la confidentialité, des règles d'accès et de circulation, de l'archivage, de la communication et enfin de l'évaluation. Ce document est mis en ligne sur l'Intranet de la clinique.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Les règles d'accès au dossier sont décrites dans le document "Guide d'utilisation et de gestion du dossier patient". Elles sont différentes selon le support utilisé. Pour le dossier informatisé (grande majorité de la clinique), des profils métiers sont créés, y compris pour les intervenants extérieurs (remplaçants, vacataires). Il existe par ailleurs une procédure dégradée confidentielle permettant l'accès aux

	Oui	données du dossier patient en cas d'inaccessibilité du logiciel. Tous les professionnels intervenant auprès du patient remplissent le dossier dans l'onglet qui leur est réservé. Ces procédures sont accessibles dans l'Intranet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 82 avec un intervalle de confiance à 95% = [78 - 85] pour la campagne de recueil 2013.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	En interne, les différents intervenants ont accès à toutes les pièces du dossier (pour le dossier informatisé, lecture seule pour les pièces qui ne les concernent pas). Les médecins possèdent un logiciel propre leur permettant d'accéder au dossier anesthésique en cas d'admission non programmée d'un patient, en attente de la récupération du dossier antérieur. Les modalités de communication du dossier patient sont formalisés pour les transferts vers un autre établissement. Cependant, 54% des courriers de fin d'hospitalisation sont non conformes, soit non retrouvés, soit sans les éléments nécessaires à la coordination en aval et/ou envoyés dans un délai supérieur à 8 jours (IPAQSS, campagne 2013).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : un audit de dossier sur la même grille IPAQSS est réalisé à périodicité plus rapprochée, tous les 6 mois, par la cellule de gestion de l'information médicale et administrative. De plus, le contrôle de la conformité de chaque dossier est assuré au moyen d'une check-list avant archivage. L'établissement a recueilli les indicateurs associés hôpital numérique au moment de la visite.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	La cellule de gestion de l'information médicale et administrative (CEGIMA) réalise les audits de dossiers et assure une rétro-information des professionnels concernés, dans le but d'améliorer les pratiques en cas de non conformité. Les résultats sont également communiqués à l'ensemble des professionnels.
-------------------------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans le projet d'établissement et dans le manuel qualité du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Un document "Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient" a été rédigé en juillet 2012. Il fixe des objectifs précis. Cette politique tient compte du contrat de bon usage du médicament (ancien et à venir), du nouvel arrêté d'avril 2011, des 2 recommandations de la précédente certification V2, des résultats de la cartographie des risques et des événements indésirables, des besoins en formation du personnel, du projet de déploiement du nouveau logiciel de prescription.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Au moment de la visite, la clinique possédait un logiciel de dossier patient permettant la prescription, déployé de façon non uniforme dans l'ensemble des services. Il existait un projet de remplacement de ce logiciel, projet inscrit au schéma directeur du système d'information du groupe avec

	Oui	un déploiement planifié. Depuis la visite, le nouveau logiciel est déployé dans tous les services de chirurgie générale (3 unités sur 4) et les urgences/UHCD (déploiement partiel), le service ambulatoire (depuis juillet 2014), le service de médecine (depuis octobre 2014) soit environ 85% des lits. Il est prévu d'atteindre 100% des lits d'ici la fin de l'année 2014 et/ou le début de l'année 2015 (fiche de suivi).
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Le logiciel actuel permet d'avoir un accès direct au livret thérapeutique, au Vidal et aux interactions médicamenteuses. Les prescriptions informatisées sont analysées systématiquement par les pharmaciennes. Pour les prescriptions "papier", l'analyse est hebdomadaire : audit de 10 dossiers dans chaque unité non encore informatisée, mesure transitoire appliquée en attendant la fin du déploiement de l'informatisation. Pour la traçabilité de l'administration, elle se fait soit directement sur le logiciel, soit sur un support unique de prescription/administration pour le format papier. Ce dernier support n'est pas toujours identifié avec une étiquette du patient (nom manuscrit). Un audit relatif à la conformité des supports de prescriptions et des administrations de médicaments a eu lieu en août 2014 dans les unités de chirurgie. Les résultats présentés en CODIR, jugés insuffisants, ont donné lieu à des actions de resensibilisation auprès des professionnels concernés. La signature du médecin est consignée à la PUI. Par contre, la signature de l'IDE n'étant pas inscrite dans une fiche d'émargement permettant son identification, l'établissement est en train d'établir les listes "ad hoc" (fiche de suivi, échéance décembre 2014).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Une information à l'attention des professionnels a été menée en 2012 sur le circuit du médicament. Cette information n'abordait pas la prévention des erreurs médicamenteuses. Elle décrivait le circuit du médicament au sein de l'établissement et les objectifs issus de la cartographie des

	En grande partie	risques du circuit du médicament. Chaque unité de soin dispose d'un préparateur en pharmacie référent qui assure le contrôle des armoires de stockage des médicaments et la sensibilisation des professionnels. Depuis juillet 2014, une formation en e-learning relative au circuit du médicament est initiée. Elle comporte des éléments relatifs à la prévention du risque médicamenteux et à la gestion des évènements indésirables. Le pharmacien gérant ainsi que le gestionnaire des risques de l'établissement ont bénéficié d'une formation à l'analyse des erreurs médicamenteuses (méthode REMED, novembre 2013).
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le nouveau logiciel est déployé dans tous les services de chirurgie générale (3 unités) et les urgences/UHCD (déploiement partiel), le service ambulatoire (depuis juillet 2014), le service de médecine (depuis octobre 2014) soit plus de 85% des lits. Il est prévu d'atteindre 100% des lits d'ici fin 2014 / début 2015. Les professionnels sont formés à son utilisation. Les prescriptions informatisées sont effectives dans les unités équipées du logiciel. Ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La PUI suit des indicateurs quantitatifs, comme le nombre de prescriptions validées informatiquement, le nombre d'avis pharmaceutiques, l'évaluation des besoins par service (évolution des consommations corrélée à des propositions de retrait ou d'ajout de médicaments en dotation dans les armoires des services). Elle suit également les taux de conformité administration / prescription issus des audits. Il existe également des indicateurs qualitatifs, recueillis notamment au cours des contrôles des armoires à pharmacie dans les offices de soin (hygiène des armoires, rangement des comprimés, conservation des formes liquides, conditions de stockage dans les réfrigérateurs). L'établissement a recueilli les indicateurs associés hôpital numérique.

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure de recueil des évènements indésirables, mise en ligne sur l'Intranet de la clinique (30 déclarations depuis 2012). La procédure "Analyse des évènements indésirables" prévoit une analyse collective entre la responsable qualité, le pharmacovigilant et éventuellement d'autres personnels dans le cadre de l'enquête menée.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les déclarations des évènements indésirables font l'objet d'une rétroinformation des personnels déclarants. Des actions d'amélioration ont découlé des audits et déclarations d'évènements indésirables, comme le fonctionnement en vide / plein des armoires dans les unités de soin, l'harmonisation dans la planification horaire de l'héparine, la mise à jour des dotations par service.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Partiellement

Les règles de prescription sont décrites dans des procédures. Les supports de prescriptions sont différents selon les services, informatisés ou papier. Il existe un support unique de prescription / administration.

Les médicaments à risque ont été identifiés. Leur usage a été protocolisé dans un souci d'harmonisation des pratiques et de maîtrise des risques. Il existe également un support de prescription papier pour les antibiotiques.

Cependant, le traitement est recopié par l'IDE lors des changements de feuille (prévue pour 6 jours) avec signature du médecin prescripteur. Parallèlement au déploiement du dossier patient informatisé, des mesures ont été prises pour améliorer les prescriptions papier : rappel des bonnes pratiques par le président de CME et le gestionnaire des risques. Toutefois, les résultats de l'audit "administration des médicaments" mené dans 2 services (Service Chirurgie cardiaque et Service Chirurgies gynéco, thoraco, ORL, stomato, ortho et vasculaire) montrent des non-conformités à ce sujet dans le service de chirurgie cardiaque non encore informatisé (compte-rendu audit, août 2014; compte-rendu

	Partiellement	CODIR, septembre 2014).
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Les médecins anesthésistes évaluent avant l'admission en chirurgie la totalité du traitement habituel du patient et décident des éventuels arrêts de traitement (tracé dans le dossier patient). Quelque soit le service, le traitement personnel du patient lui est retiré à l'admission, stocké dans un sac étiqueté à son nom dans l'armoire à pharmacie du service et restitué à la sortie. Une procédure décrit cette organisation. Les prescriptions d'entrée et de sortie tiennent compte du traitement habituel du patient. Cet élément fait partie des objectifs prioritaires demandés aux médecins dans le cadre du bilan de l'analyse de risque effectué sur le circuit du médicament.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	En grande partie	Il existe plusieurs procédures décrivant l'organisation de la dispensation des médicaments. Certaines viennent d'être réactualisées et/ou créées : "approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie" (version 4, septembre 2014); "validation pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses" (version 3, août 2014); "validation pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses sous mediboard" (version 1, août 2014); "utilisation du rangement plein/vide (version 1, septembre 2014); "gestion et liste des médicaments à risque (version 2, septembre 2014). L'analyse pharmaceutique est exhaustive pour les prescriptions informatisées. Pour sa réalisation, les pharmaciennes ont accès au dossier patient informatisé, au Vidal, antibiogarde et au logiciel du laboratoire pour consulter les constantes biologiques des patients. L'analyse pharmaceutique pour les prescriptions non informatisées est réalisée de manière hebdomadaire : audit de 10 dossiers par service. La délivrance n'est nominative que dans un seul service. Les

	En grande partie	<p>formes non unitaires sont reconditionnées dans des sachets individuels où sont étiquetés nom, numéro de lot et date de péremption du médicament. Dans tous les autres services, la dotation est globale avec toutefois un fonctionnement en plein/vide dans 2 services (chaque tiroir est divisé en 2 parties et la commande se fait quand la 1ère partie est vide), système permettant une optimisation des stocks. Les piluliers sont préparés par les IDE à partir des stocks des armoires de chaque service. L'audit administration d'août 2014 montre que dans la plupart des cas, les médicaments sont identifiables dans les piluliers : 3 piluliers sur 20 n'étaient pas conformes.</p> <p>L'accès à la PUI est supprimé en dehors des heures d'ouverture et de nouvelles modalités d'approvisionnement sont en place via la procédure modifiée "approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie" (version 4, septembre 2014).</p> <p>L'acheminement dans les unités de soin est assuré par du personnel de la PUI dans des bacs sécurisés avec signature d'un bon de livraison dans le service, retourné à la PUI.</p> <p>Peu d'informations sont délivrées aux utilisateurs. Seules des plaquettes sont distribuées pour les traitement anti-coagulants (disponibles dans le service de cardiologie).</p> <p>Le logiciel de prescription n'est pas compatible avec le logiciel de gestion des stocks de la PUI, demandant une main d'œuvre supplémentaire pour les préparateurs en pharmacie.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Il existe une procédure "administration des médicaments", mise en ligne sur l'Intranet de la clinique et une instruction de travail "gestion et liste des médicaments à risque (version 2, septembre 2014) qui définit les médicaments à risque utilisés dans l'établissement (anticoagulants injectables et oraux, morphine, chlorure de potassium) et leur gestion spécifique à toutes les étapes de préparation et d'administration avec double vérification systématique. De plus, un protocole concernant les AVK est en place, incluant la conduite à tenir devant ce type de traitement, en pré, per</p>

	Oui	et post-opératoire. Il existe un référent préparateur en pharmacie pour chaque unité de soin. Dans les services fonctionnant en "plein-vide", c'est lui qui assure le remplissage/vérification de l'armoire à pharmacie. Dans les autres services, les IDE remplissent les armoires et le référent réalise des contrôles à périodicité définie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte-tenu de la classe du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 89% pour la campagne de recueil 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est effective pour les prescriptions informatisées (85% des lits). Pour les prescriptions papier, elle est réalisée sous forme d'audit hebdomadaire de 10 dossiers. Un seul secteur d'hospitalisation est en délivrance nominative. Son déploiement n'est pas prévu dans l'établissement qui s'oriente, pour la gestion des stocks, vers un système plein/vide actuellement opérationnel au niveau de deux services.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	L'établissement possède une unité de reconditionnement des cytostatiques et cytotoxiques, sous la responsabilité d'un pharmacien et employant 3 préparateurs en pharmacie formés. Cette unité travaille également au profit de 2 autres établissements. L'organisation de cette unité est décrite dans plusieurs procédures, traitant notamment de la formation du personnel, des pratiques de reconstitution, des équipements, de la conduite à tenir face à des incidents. Les bonnes pratiques de préparations décrites dans les procédures sont appliquées par les professionnels.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Une plaquette sur le traitement par AVK, mise à la disposition du service de cardiologie, est donnée aux patients concernés. Pour les médicaments à risque, la traçabilité de l'information donnée au patient est assurée pour les services informatisés, l'établissement venant

	En grande partie	d'intégrer dans le logiciel du dossier patient un item à cocher "patient est informé que le médicament est à risque". Pour les autres types de traitements, l'information est faite au cas par cas par les médecins mais n'est pas tracée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'administration des médicaments est le plus souvent assurée par les IDE, sur le logiciel informatisé ou sur le support unique prescription/administration. Cependant, le traitement est recopié par l'IDE lors des changements de feuille (prévue pour 6 jours), validée par le médecin lors de la visite (résultats audit administration août 2014, service de chirurgie cardiaque). Parallèlement au déploiement du dossier patient informatisé, des mesures ont été prises pour améliorer les prescriptions papier : rappel des bonnes pratiques par le président de CME et le gestionnaire des risques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Plusieurs audits ont été réalisés sur le circuit du médicament : - un audit ANAP dans le cadre de l'élaboration de la cartographie des risques avec une évaluation de la préparation/distribution, - un audit OMEDIT dans le cadre du rapport d'étape du CBUM, - un audit prospectif réalisé en mai 2013 sur la qualité et la traçabilité de l'administration, par étude de la conformité entre administration et prescription. Il a été renouvelé en août 2014 au niveau des services de chirurgie. L'établissement a prévu de nouveaux audits du circuit du médicament pour l'année 2015. Les référents suivent l'exhaustivité des validations pharmaceutiques et des critères généraux de tenue du DPI.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Un groupe de travail spécifique suit l'avancement du plan d'action relatif au circuit du médicament résultant des différents audits. Ce plan a été présenté en CME et en réunion de cadre IDE. Il est suivi mensuellement en CODIR.

En grande partie	Les actions d'amélioration identifiées sont généralement mises en oeuvre : ainsi des actions de sensibilisation auprès des praticiens de la part du président de CME et du gestionnaire des risques ont été faites à la suite des résultats de l'audit administration des médicaments (août 2014) devant la persistance des recopiations des prescriptions en chirurgie cardiaque.
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 11/06/2013 au 14/06/2013	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	NOVEMBRE 2014	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
12.a (Prise en charge de la douleur) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Enfants et adolescents	Recommandation	Recommandation
19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Personnes atteintes d'un handicap	Recommandation	Recommandation
19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Personnes démunies	Recommandation	Recommandation
19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Personnes âgées	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation

	Visite initiale	Rapport de suivi
8.g (Maîtrise du risque infectieux)	Réserve	Décision levée

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:

Promouvoir les démarches EPP au sein de l'établissement

Problématique:

E1-EA2 (partiellement) : une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie EPP est en place

Dysfonctionnement n°1 : Sur les comptes-rendus de CME consultés, un seul (décembre 2012) évoque les EPP dans l'établissement et annonce la création de la commission EPP. Les comptes-rendus du comité de direction (CODIR) consultés n'abordent pas les EPP.

E2-EA1 (en grande partie) : un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP

Dysfonctionnement n°1 : La responsable qualité est responsable de l'accompagnement méthodologique des référents des démarches. Ses actions ne sont pas encore étendues à la totalité des démarches en cours.

E2-EA2 (en grande partie) : L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP

Dysfonctionnement n°1 : L'organisation des actions est formalisée : le référent est identifié, les modalités de suivi sont définies, les bilans sont réalisés au cours des réunions de la commission EPP. Cette organisation n'est pas encore complètement mise en oeuvre (1 seule réunion de la commission EPP).

E2-EA3 (en grande partie) : Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus

Dysfonctionnement n°1 : Les résultats des EPP sont diffusés sur l'Intranet de la clinique depuis 2 mois. Une lettre d'information est adressée à tous les médecins depuis 3 mois, informant également sur l'EPP. Cette organisation est récente, l'accès à la rubrique sur l'Intranet n'est pas diffusée.

E3-EA1 (partiellement) : l'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances

Dysfonctionnement n°1 : L'information sur les EPP est essentiellement réalisée en CME, pas toujours de façon formelle (manque de traçabilité). Les informations au cours des instances existent, mais seulement quand ces mêmes instances sont pilotes de l'EPP (exemple : l'EPP sur la prescription chez le patient âgé a été présentée en COMEDIMS).

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Centraliser les informations concernant l'avancement des démarches EPP (via la CME et sous commissions de la CME)
Communiquer sur les démarches EPP et leur état d'avancement
Définir une stratégie EPP en concertation avec les professionnels de santé

Objectifs ultimes

Faire vivre les démarches EPP en conformité avec une stratégie clairement définie et pilotée.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Président de la CME	CME et équipes EPP	Responsable qualité

Echéancier de réalisation :

Poursuite des démarches EPP entrées en routine (RMM, prise en charge des patients en chirurgie du colon) – réalisé 2013 et 2014
 Poursuite des démarches EPP initiées (EPP syndrome de renutrition inappropriée, pertinence de la prescription du sujet âgé) - prévu 2014 à 2015
 Réunion de la CME pour communiquer sur la stratégie EPP et réaffirmer les démarches retenues – prévu 2014
 Communiquer sur l'avancement des démarches EPP - prévu 2015

Modalités d'évaluation :

Résultats des démarches EPP pour l'évaluation de la pertinence des actions entreprises

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan d'activité de la CME
 Tableau de synthèse RETEX remis à l'ARS

Validation institutionnelle:

L'engagement dans la démarche EPP fait partie des objectifs déclinés dans la politique globale d'établissement qualité et sécurité des soins et est réaffirmé cette année. Les projets EPP sont validés en CME. Des moyens humains sont alloués en fonction des projets initiés (gestionnaire des risques en support des RMM, référente RRAC pour la prise en charge des patients en chirurgie du colon, diététicienne concernant le syndrome de renutrition inappropriée, pharmacien concernant la pertinence de la prescription médicamenteuse du sujet âgé).

Planification des revues de projet:

Revue de projet planifiées en CME

Revue de projet par EPP en groupe spécifique (réunion de service avec praticiens pour la prise en charge des patients en chirurgie colique, groupe RMM par spécialité) - fréquence bi annuelle

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer l'information du patient en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

E2-EA1 (partiellement) : des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées
Dysfonctionnement n°1 : la formation des professionnels a débutée en février de cette année et sa poursuite est inscrite au plan de formation 2013

E2-EA2 (partiellement) : les professionnels mettent en oeuvre cette démarche
Dysfonctionnement n°1 : le consensus sur la démarche est récent et en cours d'appropriation et de mise en oeuvre

E3-EA1 (non) : la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée
Dysfonctionnement n°1 : la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins n'a pas été évaluée

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Former les professionnels à l'annonce d'un dommage lié aux soins Suivre la mise en oeuvre de la démarche	Mettre en application les modalités définies dans la procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Président de la CME	CME, CRUQ et responsables de service	Responsable qualité

Echéancier de réalisation :

Former les professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage associé aux soins – 2015
Evaluer la mise en œuvre du dispositif d'annonce d'un dommage associé aux soins – 2016

Modalités d'évaluation :

Plusieurs modalités d'évaluation sont envisagées : audit de dossier, critère d'évaluation pour l'analyse des dossiers en RMM

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi de l'indicateur en CRUQ. Analyse des dossiers en RMM par groupe de spécialité.
Présentation des résultats via la CME.

Validation institutionnelle:

Le directeur de l'établissement et le président de CME valideront les modalités d'évaluation et leur suivi en CME.

Planification des revues de projet:

Planification de revue de projet en CME

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap

Problématique:

E1-EA1 (en grande partie) : un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Dysfonctionnement n°1 : Le projet de prise en charge des personnes handicapées n'est pas formalisé.

E2-EA1 (partiellement) : la sensibilisation/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Dysfonctionnement n°1 : La sensibilisation des professionnels n'est pas institutionnalisée. Elle est faite dans les unités de soins en fonction des situations identifiées lors de réunions d'équipe animées par le cadre ou au cours des staffs pluriprofessionnels.

E2-EA2 (en grande partie) : la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Dysfonctionnement n°1 : La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge s'organise selon les besoins en mobilisant les moyens disponibles.

E3-EA1 (partiellement) : le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement suit des indicateurs d'activité qui permettent d'évaluer la durée de séjour mais pas directement l'efficacité du dispositif. Le recours à l'assistante sociale initialement dédiée aux patients d'oncologie a été élargi aux autres patients le nécessitant.

E3-EA2 (en grande partie) : l'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement utilise le réseau "Trajectoire", ce dernier ne visant pas uniquement la prise en charge des personnes handicapées.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Définir les modalités de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap
Sensibiliser les professionnels aux modalités de prise en charge définies
Evaluer l'application des modalités de prise en charge définies

Objectifs ultimes

Proposer une prise en charge adaptée aux populations spécifiques accueillies dans l'établissement

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Chef de pôle chirurgie cardiaque	Responsables de service, pharmacien, CME	Assistante sociale

Echéancier de réalisation :

Formaliser le dispositif de prise en charge particulières des patients – 1er semestre 2015
 Sensibiliser les professionnels aux prises en charge particulières – 2ème semestre 2015
 Evaluer les dispositifs de prises en charge particulières – 1er semestre 2016

Modalités d'évaluation :

Audit de dossiers selon les critères de diagnostic et de prise en charge établis

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du projet en CODIR de pôle et sensibilisation des professionnels

Validation institutionnelle:

La désignation des chefs de projet et la validation de la procédure de prise en charge spécifique sont réalisées par la direction de l'établissement.

Planification des revues de projet:

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Problématique:

E1-EA1 (en grande partie) : un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.
Dysfonctionnement n°1 : Dans les secteurs d'hospitalisation le projet de prise en charge des personnes âgées n'est pas formalisé en dehors des recommandations concernant les traitements médicamenteux.

E2-EA1 (partiellement) : la sensibilisation/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.
Dysfonctionnement n°1 : La sensibilisation des professionnels n'est pas institutionnalisée. Elle est faite dans les unités de soins en fonction des situations identifiées lors de réunions d'équipe animées par le cadre ou au cours des staffs pluriprofessionnels.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définir les modalités de prise en charge des personnes âgées Sensibiliser les professionnels aux modalités de prise en charge définies Evaluer l'application des modalités de prise en charge définies	Proposer une prise en charge adaptée aux populations spécifiques accueillies dans l'établissement

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Chef de pôle chirurgie cardiaque	Responsables de service, pharmacien, CME	Assistante sociale

Echéancier de réalisation :

Formaliser le dispositif de prise en charge particulières des patients – 1er semestre 2015
Formaliser les mesures de détection et de prévention des chutes chez le sujet âgé - 2015
Sensibiliser les professionnels aux prises en charge particulières – 2ème semestre 2015
Evaluer les dispositifs de prises en charge particulières – 1er semestre 2016

Modalités d'évaluation :

Audit de dossiers selon les critères de diagnostic et de prise en charge établis

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du projet en CODIR de pôle et sensibilisation des professionnels

Validation institutionnelle:

La désignation des chefs de projet et la validation de la procédure de prise en charge spécifique sont réalisées par la direction de l'établissement.
Des orientations relatives à la prise en charge des personnes âgées sont identifiées dans le CPOM de l'établissement avec notamment des engagements relatifs à l'amélioration de la coordination avec les structures d'aval et la prise en charge des patients relevant de l'oncogériatrie.

Planification des revues de projet:

CODIR de pôle mensuels

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents

Problematique:

E1-EA1 (en grande partie) : un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.
Dysfonctionnement n°1 : Le projet de prise en charge des enfants et adolescents n'est pas formalisé pour les secteurs d'hospitalisation en dehors de l'évaluation de la douleur.

E2-EA1 (partiellement) : la sensibilisation/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.
Dysfonctionnement n°1 : La sensibilisation des professionnels n'est pas institutionnalisée. Elle est faite dans les unités de soins en fonction des situations identifiées lors de réunions d'équipe animées par le cadre ou au cours des staffs pluriprofessionnels.

E2-EA2 (en grande partie) : la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.
Dysfonctionnement n°1 : La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge s'organise selon les besoins en mobilisant les moyens disponibles.

E3-EA1 (partiellement) : le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
Dysfonctionnement n°1 : L'établissement suit des indicateurs d'activité qui permettent d'évaluer la durée de séjour mais pas directement l'efficacité du dispositif. Le recours à l'assistante sociale initialement dédiée aux patients d'oncologie a été élargi aux autres patients le nécessitant.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Définir les modalités de prise en charge des enfants et adolescents
Sensibiliser les professionnels aux modalités de prise en charge définies
Evaluer l'application des modalités de prise en charge définies

Objectifs ultimes

Proposer une prise en charge adaptée aux populations spécifiques accueillies dans l'établissement

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Resp. de service	Resp. pôle ambulatoire, resp. pôle chirurgie, pharmacien, CME	Assistante sociale

Echéancier de réalisation :

Formaliser le dispositif de prise en charge particulières des patients – 1er semestre 2015
 Sensibiliser les professionnels aux prises en charge particulières – 2ème semestre 2015
 Evaluer les dispositifs de prises en charge particulières – 1er semestre 2016

Modalités d'évaluation :

Audit de dossiers selon les critères de diagnostic et de prise en charge établis

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du projet en CODIR de pôle et sensibilisation des professionnels

Validation institutionnelle:

La désignation des chefs de projet et la validation de la procédure de prise en charge spécifique sont réalisées par la direction de l'établissement.

Planification des revues de projet:

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la prise en charge des personnes démunies

Problématique:

E1-EA1 (en grande partie) : un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Dysfonctionnement n°1 : Le projet de prise en charge des personnes démunies n'est pas formalisé.

E2-EA1 (partiellement) : la sensibilisation/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Dysfonctionnement n°1 : La sensibilisation des professionnels n'est pas institutionnalisée. Elle est faite dans les unités de soins en fonction des situations identifiées lors de réunions d'équipe animées par le cadre ou au cours des staffs pluriprofessionnels.

E2-EA2 (en grande partie) : la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Dysfonctionnement n°1 : La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge s'organise selon les besoins en mobilisant les moyens disponibles.

E3-EA1 (partiellement) : le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement suit des indicateurs d'activité qui permettent d'évaluer la durée de séjour mais pas directement l'efficacité du dispositif. Le recours à l'assistante sociale initialement dédiée aux patients d'oncologie a été élargi aux autres patients le nécessitant.

E3-EA2 (en grande partie) : l'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement utilise le réseau "Trajectoire" et sollicite le maillage social en fonction des besoins

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Définir les modalités de prise en charge des personnes démunies
Sensibiliser les professionnels aux modalités de prise en charge définies
Evaluer l'application des modalités de prise en charge définies

Objectifs ultimes

Proposer une prise en charge adaptée aux populations spécifiques accueillies dans l'établissement

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Chef de pôle chirurgie cardiaque	Responsables de service, pharmacien, CME	Assistante sociale, resp. Gestion administrative du patient

Echéancier de réalisation :

Formaliser le dispositif de prise en charge particulières des patients – 1er semestre 2015
 Sensibiliser les professionnels aux prises en charge particulières – 2ème semestre 2015
 Evaluer les dispositifs de prises en charge particulières – 1er semestre 2016

Modalités d'évaluation :

Audit de dossiers selon les critères de diagnostic et de prise en charge établis

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du projet en CODIR de pôle et sensibilisation des professionnels

Validation institutionnelle:

La désignation des chefs de projet et la validation de la procédure de prise en charge spécifique sont réalisées par la direction de l'établissement.

Planification des revues de projet:

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Critère 20b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé

Problématique:

E2-EA1 (partiellement) : des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels
Dysfonctionnement n°1 : Les fiches thérapeutiques présentées en COMEDIMS sont diffusées aux prescripteurs sans véritables recommandations propres pour le patient âgé.

E2-EA2 (partiellement) : des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement
Dysfonctionnement n°1 : Il n'existe pas de formation formalisée sur les risques iatrogéniques chez la personne âgée. Une EPP transversale est en cours sur l'ensemble de l'établissement, ayant donné l'occasion d'informations informelles.

E3-EA2 (partiellement) : des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre
Dysfonctionnement n°1 : Suite à l'EPP, un guide de prescription chez le sujet âgé est en cours de réalisation. Il sera diffusé à l'ensemble des prescripteurs.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définir les règles de prescriptions du sujet âgé Former les professionnels à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé Evaluer la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (maîtrise de la iatrogénie liée à la prise en charge de cette typologie de patients)

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacien gérant	COMEDIMS	Responsable qualité

Echéancier de réalisation :

Former les professionnels au circuit du médicament en intégrant les notions relatives à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé - en cours 2014
Diffuser le guide de prescription chez le sujet âgé - réalisé 2014
Sensibiliser les professionnels (médecins) à la prescription chez le sujet âgé - 1er semestre 2015
Evaluer le dispositif de prescription chez le sujet âgé - 2ème semestre 2015.

Modalités d'évaluation :

Renouvellement de l'EPP à prévoir en 2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi en COMEDIMS (présentation des résultats d'audit, de l'avancement des formations et des actions mises en œuvre, procédures, supports d'information)

Validation institutionnelle:

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé est inscrite dans la politique qualité et de sécurité des soins et fait partie des objectifs déclinés. La politique est validée par le directeur de l'établissement et le président de la CME.

Planification des revues de projet:

COMEDIMS