



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE D'AUFREY

Place du marechal niel
31130 Pin Balma
JANVIER 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	22
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	25

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

CLINIQUE D'AUFREY	
Adresse	Place du marechal niel 31130 Pin Balma
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1814	GCS CIMP	45 avenue de lombez 31000 TOULOUSE
GCS de moyens	GCS1047	GCS TELESANTE MIDI PYRENEES	10 chemin du raisin 31200 TOULOUSE
Entité juridique	310000427	SA AUFREY HOLDING	Route de mons 31130 PIN BALMA
Etablissement de santé	310781133	CLINIQUE D'AUFREY	Place du marechal niel 31130 Pin Balma

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	128	12

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Groupement d'établissements de santé privé à but lucratif. Domaine : Système d'information, formations, outils de développement qualité et sécurité des soins.

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement.

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.

6. 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 dans un délai de 24 mois.

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	Adulte	HC	Addictologie	Transfert depuis un autre ES	Proche de la sortie	Santé mentale
2	Adulte	Hôpital de jour	Troubles bipolaires	Après HC au sein de la clinique	Bénéficiant d'un programme d'ETP	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

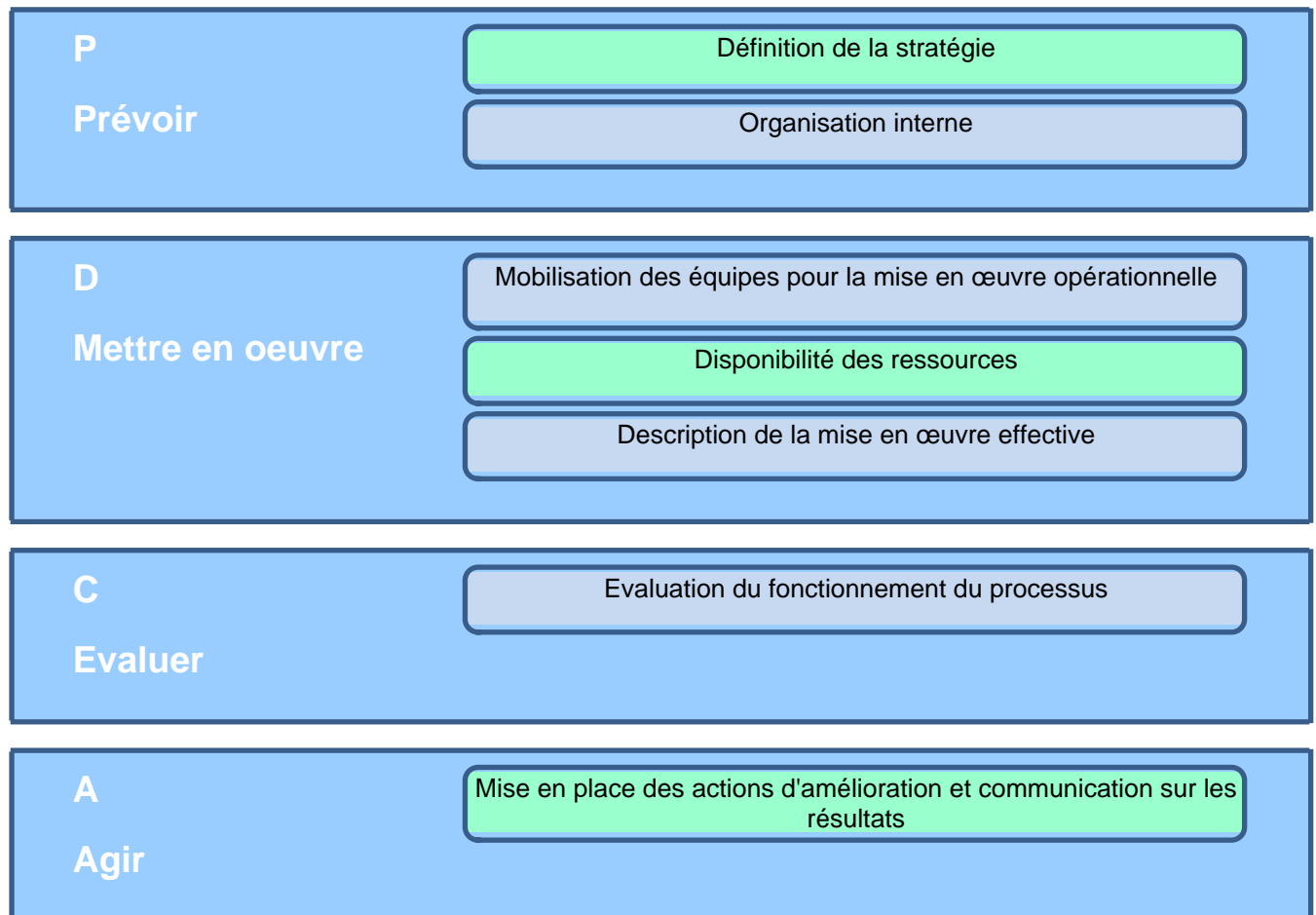
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Depuis 1996, l'établissement développe une politique qualité, gestion des risques intégrée à son projet d'établissement. L'établissement n'a fait l'objet d'aucune décision dans la précédente itération de la certification. La politique Qualité, gestion des risques est élaborée en Comité de Direction et de Gestion des Risques (CDGR) en concertation avec la direction et la CME sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Ceux-ci sont hiérarchisés et intégrés au compte qualité réalisé par l'établissement. La politique Qualité, gestion des risques prend en compte la stratégie EPP, les obligations légales et orientations des programmes nationaux et régionaux et les risques a priori et a posteriori (cartographie et fiche d'évènements indésirables, plaintes et réclamations), les résultats d'évaluations externes et internes (audits internes, indicateurs, questionnaires de satisfaction...).

Un programme qualité gestion des risques en 8 axes est en place. Ces axes sont déclinés en plan d'action qualité. Chaque processus fait l'objet de définition d'objectifs spécifiques.

Les EPP portent sur des axes médicaux, paramédicaux. Le programme est nourri et évolutif. Il est défini en CME et validé par le Comité de direction et de gestion des risques.

La politique qualité est validée par les instances dont la CRUQ.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter la démarche qualité qui repose sur un Comité de Direction et de gestion des risques. Si nécessaire, ce comité se réunit en cellule de crise. L'établissement a organisé sa démarche en processus en conformité avec la déclinaison de la HAS. Pour chaque processus un pilote, un copilote, un médecin associé sont désignés. Ils disposent d'une carte d'identité du processus leur permettant l'analyse de leur processus. Une fiche de mission est initiée et signée par les personnes concernées. Par ailleurs, la démarche patient traceur a été développée avec les professionnels permettant d'auditer leur pratique.

Le comité de direction et de gestion des risques se réunit une fois par semaine. Une fois par mois sont associés les pilotes de processus et deux fois par an une réunion plénière est organisée.

Les pilotes, le calendrier et les indicateurs de suivi sont définis. Un responsable qualité/gestion des risques et un responsable gestion des risques sont formés à la qualité gestion des risques. Un plan de formation est établi.

Une gestion documentaire informatique et papier est en place et à disposition de tous les professionnels.

Le PAQSS est diffusé dans les services. Un journal interne fait régulièrement état des démarches qualité.

Une veille réglementaire est assurée, les vigilances sanitaires sont organisées. La gestion des plaintes et réclamations est procédurée et effective. La gestion des évènements indésirables est organisée.

La gestion des risques a été renforcée avec la V2010 et par le recrutement d'un gestionnaire de risques en 2013 en vue de la version V2014. La gestion des interfaces est organisée formellement pour favoriser la concertation entre professionnels et secteur d'activité. De plus, toute l'organisation médicale et paramédicale est centralisée dans un "bureau médical". Véritable relai de l'information ascendante et descendante, tous les partenaires de l'établissement médecins, cadres, pilotes de processus s'y retrouvent au quotidien.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel est développé par processus dans les services. Les professionnels peuvent être à l'origine de développement d'action à intégrer dans le plan d'action qualité et sont impliqués dans les groupes de travail notamment à la méthode patient traceur.

Les cadres, les pilotes de processus, la responsable qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus par des communications régulières. Les personnels rencontrés sont informés de la démarche qualité mise en place et du "comment" retrouver sur l'intranet les éléments dont ils peuvent avoir besoin.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin par le relais des sous commissions de la CDGR : commissions EPP, cellule de crise (dès qu'un évènement est coté en gravité 4) et commission des évènements indésirables.

Les professionnels sont formés et sensibilisés régulièrement à la déclaration d'évènements indésirables. Cette gestion des EI est accessible en intranet à tous les professionnels. Ils sont immédiatement traités en cas d'urgence ou en réunion hebdomadaire de la commission "évènements indésirables" qui se réunit toutes les semaines, analyse les évènements et propose des éléments correcteurs.

En revanche, la périodicité annuelle de l'évaluation des professionnels n'est pas respectée. Les professionnels soignants rencontrés regrettent l'absence d'entretien d'évaluation individuelle et formelle tous les ans. Ceci ne favorise pas la définition d'objectifs individuels et de formation qui peuvent être liés à l'avancement des démarches qualité. L'établissement a identifié ce dysfonctionnement et a prévu un plan d'action.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des actions de formation sont en place en fonction des besoins et spécificités de l'établissement.
Le plan de formation de la Clinique Aufrery intègre la gestion de la qualité par des formations externes : gestion des risques, méthode du patient traceur... ou internes : gestion documentaire (portail intranet, signalement des évènements indésirables, erreurs médicamenteuses, CREX, EPP...). Les professionnels concernés par l'analyse des causes sont formés aux différentes méthodologies.
Les documents sont accessibles via intranet ou papier.
La mise à jour informatique réalisée par la responsable qualité et chaque pilote de processus est accessible immédiatement dans les services.
Des postes informatiques sont à disposition des professionnels. Des ordinateurs portables permettent une consultation et une saisie en temps réel. Les accès sont sécurisés par identifiant et mot de passe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Compte tenu de la pratique unique de l'établissement et de sa taille, les priorités d'action sont générales à l'établissement. Les interfaces sont opérationnelles grâce à la démarche processus et à l'organisation centralisée du "bureau médical". Les professionnels sont formés au dispositif de déclaration d'évènements indésirables et assurent la déclaration par intranet. Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels.
Une commission des évènements indésirables assure leur analyse. En fonction des CREX et des RMM peuvent être déclenchés. Une fois par mois, la cellule qualité élabore un bilan des évènements indésirables.
Par ailleurs, l'établissement recueille les plaintes et réclamations. Une procédure est disponible sur le portail intranet de l'établissement. Une fois analysées par la direction, la cellule qualité en lien avec les services concernés, alimentent le plan d'action qualité. Elles sont présentées à la CRUQ. Une veille réglementaire est en place. Les vigilances sont organisées. Pour chaque vigilance, des référents sont nommés. Ils sont chargés du fonctionnement, des déclarations, des actions d'amélioration et des bilans des vigilances dont ils ont la charge. Ils font également le reporting d'évènements indésirables ou problèmes liés à leur vigilance au gestionnaire des risques afin d'alimenter le plan d'action qualité. L'établissement déploie des démarches d'EPP médicales ou soignantes au sein des secteurs d'activités et assure une communication régulière de leur avancée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des comités de retour d'expérience sont en place : soins (parcours patient, dossier patient, identification du patient...), médicament (erreurs liées au circuit du médicament), transversal (erreurs liées aux fonctions support) dans lesquels sont impliqués les professionnels de terrain.
L'évaluation des plans d'action qualité est régulière en CDGR et permet le réajustement. Des indicateurs sont développés : nationaux, IPAQSS, HN et locaux. Les échelles utilisées sont celles de la HAS.
Les tableaux de bord (indicateurs, activités éléments sociaux liés au personnel) sont initiés. Un tableau de bord des EPP permet leur suivi par la sous commission EPP et la CME. La mesure de leur impact est réalisée par un bilan annuel du suivi de la mise en œuvre des actions. La satisfaction des usagers est recueillie par des questionnaires de satisfaction. Analysés par la cellule qualité, les résultats sont transmis à la CRUQ.

A / AGIR

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

La cartographie des risques est évolutive en fonction de l'analyse des évènements indésirables et des CREX. L'organisation en place permet le développement d'actions.
Le suivi des plans d'action et des indicateurs est assuré par les pilotes et le CDGR et des actions d'amélioration sont réalisées.
La communication des résultats est assurée auprès des professionnels par le journal qualité et des usagers par la CRUQ qui vient d'être renforcée par la présence de nouvelles associations.

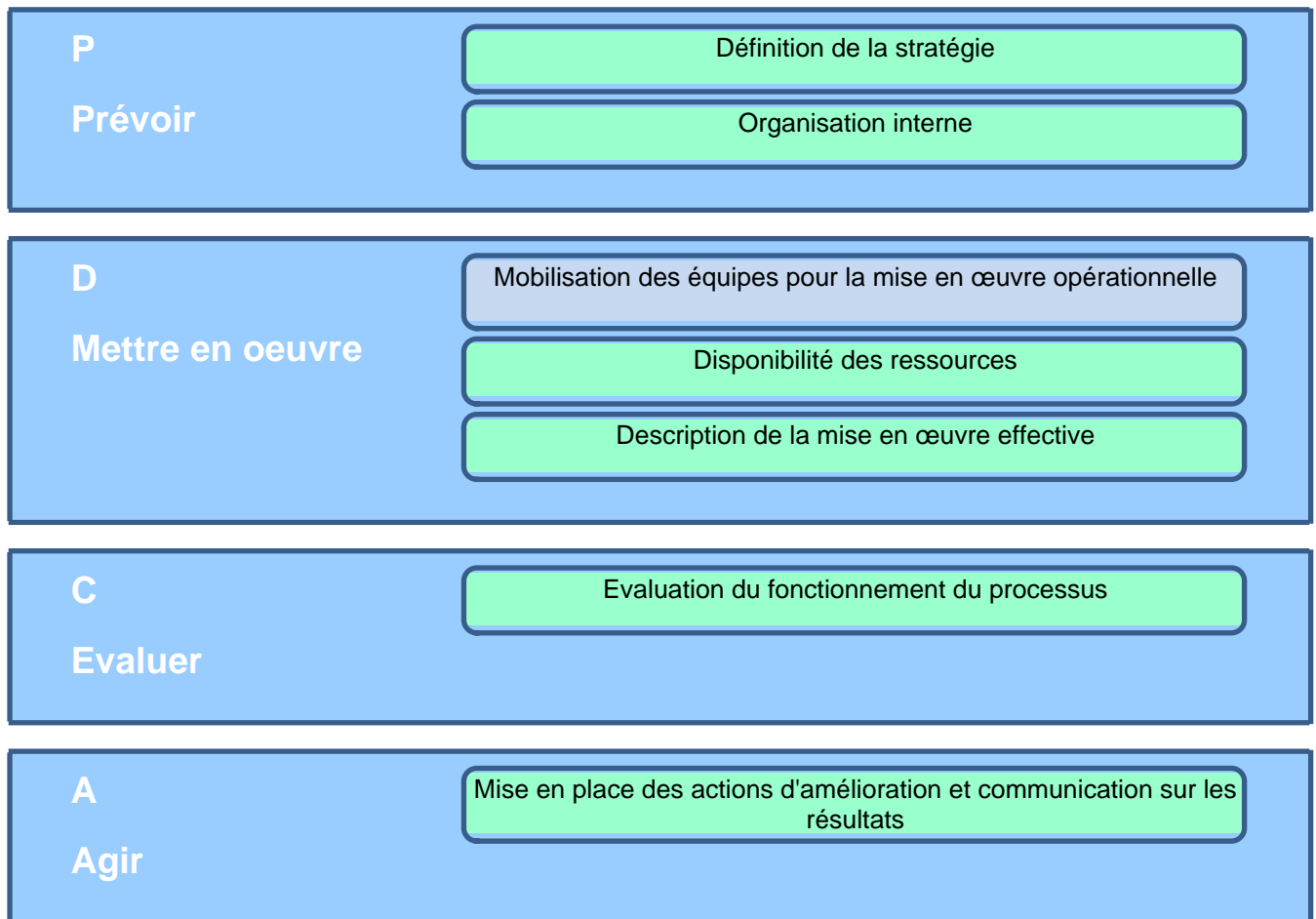
DROITS DES PATIENTS

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une politique et des objectifs en regard du respect des droits des usagers qui s'articule autour : du maintien des réflexions éthiques, de l'information du patient tout au long de sa prise en charge par le passage de la culture orale à la culture écrite, du respect de la confidentialité des données du patient, du respect de son environnement (intimité, confidentialité, dignité), de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance.

La politique développée à la clinique d'Aufrery en matière de droits du patient est présentée aux instances dont la CRUQ. Celle-ci a été renforcée par une nouvelle association et de nouveaux membres. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques notamment sur les risques de maltraitance, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement sont développés : reconstruction de l'établissement, mesures de l'amélioration de l'existant, formations sur droits des patients et bientraitance, mise en place d'un comité d'éthique... Les modalités de mise en œuvre de ce programme d'action sont définies, hiérarchisées et intégrées au plan qualité en lien avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie par l'établissement pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission.

L'établissement a désigné un pilote, un copilote et un médecin associé (membre de la CRU) référent du processus droit des patients. Une carte d'identité du processus oriente le pilotage et définit un plan d'action.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (des actions de sensibilisation et de formation des professionnels sur le respect des droits des patients, la promotion de la bientraitance sont régulièrement réalisées en interne ou en externe), matérielles (équipement et maintenance) et documentaires (des procédures sont en place notamment concernant le respect des libertés individuelles ou le signalement d'un acte de maltraitance, la contention). Des modalités de signalement sont en place : fiches d'évènements indésirables, plaintes et réclamations. Deux psychiatres de l'établissement interviennent dans le cadre de conférence une fois par mois auprès de l'association Alma 31 qui est membre de la CRU. Les membres de la CRU ont planifié une rencontre avec les personnels en juin 2015 de manière à présenter leur action et favoriser l'échange.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité.

Une organisation concernant les dommages liés aux soins est en place en lien avec le médecin référent du patient, le patient et la famille. Une procédure est en place.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Les cadres et médecins sont impliqués dans les instances et dans les processus et assurent une référence transversale en lien avec les objectifs liés à chaque processus de la V 2014. Le management s'assure donc du suivi de la conformité aux dispositions prévues et notamment procédures, protocoles, consignes.

L'information ascendante et descendante entre les instances, la direction et les personnels s'opère avec le relais des pilotes de processus et l'information en continue élaborée au bureau médical.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats des indicateurs). Le plan d'action est alimenté par les fiches d'évènements indésirables, les plaintes et réclamations, les analyses du questionnaire de satisfaction, les résultats d'évaluation des EPP. Un tableau d'indicateurs est diffusé mensuellement dans l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Des formations régulières sont menées dans le champ du respect des droits des patients et de la promotion de la bientraitance.

Cependant, les conditions d'hébergement ne facilitent pas le respect de la dignité et de l'intimité des

patients. La structure architecturale de l'établissement ne favorise pas l'accessibilité, la confidentialité, l'intimité des patients accueillis. L'établissement de conception ancienne met en évidence des manques par rapport à :

- l'accessibilité : couloir étroit, différence de niveau, ascenseur exigü...
- l'intimité : bureaux non insonorisés, chambres petites et sans cabinet de toilettes, écart de température...

L'établissement a identifié les risques inhérents à cette situation et les a intégré dans son compte qualité. Il développe des actions d'attente : renforcement de la maintenance, organisation des soins pour diminuer les désagréments (paravents, entretiens dans des bureaux...). L'établissement a le projet d'une reconstruction totale prenant en compte les normes actuelles. Le projet est validé par l'ARS, l'ouverture est programmée pour fin 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management internes. L'organisation et les pratiques de prise en charge permettent le respect des libertés individuelles, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, un accueil individualisé et un projet personnalisé et s'il y a lieu de son entourage, le consentement du patient à ses soins. Les projets médicaux identifient les situations nécessitant une restriction de liberté. La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement est respectée. Un protocole de contention est en place. La traçabilité du consentement par le patient est tracé par le médecin dans le dossier informatisé. Le patient et si besoin son entourage sont impliqués dès l'entrée dans son projet thérapeutique. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles de part : les réunions hebdomadaires du CDGR, l'information relayée au bureau médical, les pilotes de processus. La traçabilité est assurée sur les fiches spécifiques du dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le comité de direction gestion des risques sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, analyse des fiches d'évènements indésirables, questionnaire de satisfaction). Les résultats sont communiqués aux instances et aux professionnels. Des tableaux de bord de suivi d'indicateurs mensuels issus des évaluations sont affichés dans les services et présentés à la CRU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme qualité et les plans d'action. Des supports de diffusion sont établis. La communication des résultats (satisfaction) est réalisée auprès des professionnels et des usagers. L'établissement suite à l'analyse des risques a développé des actions autour du respect de la liberté : contention, bientraitance par exemple.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

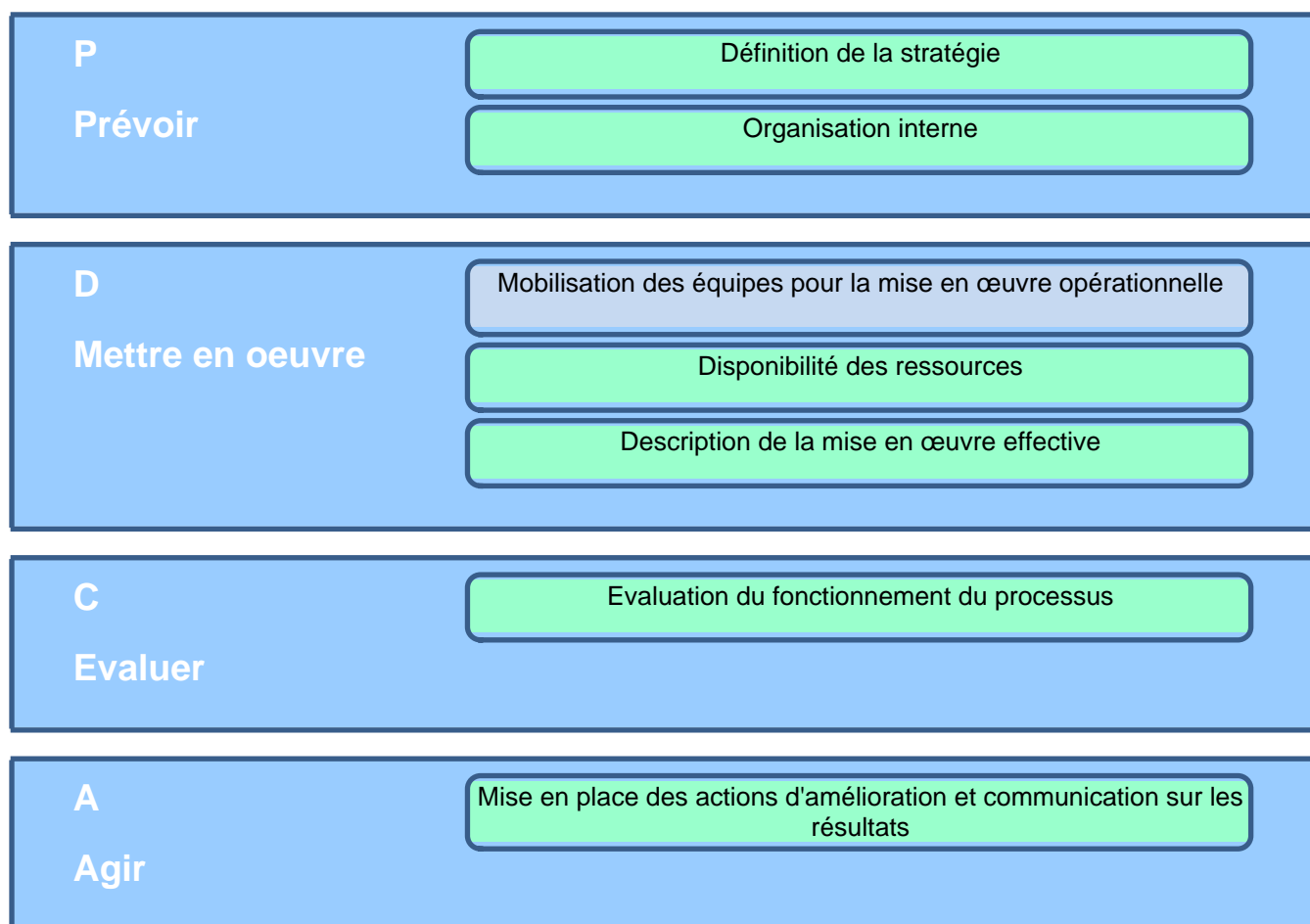
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique du parcours du patient est mise en place. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. L'analyse des risques et l'identification des besoins est réalisée notamment au regard des maladies ou des situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient, de l'offre en programmes d'éducation thérapeutique dans l'établissement et sur le territoire de santé.

La politique du parcours du patient définit les orientations et les stratégies en matière d'organisation des soins. Elle est validée par les instances. La politique du parcours du patient définit les orientations et les stratégies en matière d'organisation.

Les risques sont hiérarchisés et intégrés au compte qualité élaboré par l'établissement. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients. Il en découle un programme d'action.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est mise en place. Elle assure l'adéquation des ressources et notamment les compétences qualitatives et quantitatives des prises en charge. Les ressources nécessaires sont aussi identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation notamment dans le secteur d'activité électro-convulsivothérapie. L'organisation de la permanence des soins est formalisée avec des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Les processus sont identifiés et formalisés. Il existe des actions de formation sur la thématique intégrées dans le plan global de formation.

Les rôles et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique du parcours du patient et sa mise en œuvre sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

Les besoins en documents d'information pour les professionnels et en support pour les patients sont identifiés.

Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation notamment dans le secteur d'activité électro-convulsivothérapie. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels médicaux et paramédicaux, entre les différents secteurs d'activité, entre les différents acteurs, avec les intervenants extérieurs.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est mise en place.

L'encadrement communique auprès des équipes sur la politique, sa mise en œuvre et son évolution. Il s'assure de la conformité des pratiques par des outils prévus. L'ensemble des cadres soignants est positionné au bureau médical, organe centrale de l'information, de l'organisation et de la planification médicale et soignante. Ils utilisent le dossier de soins informatisé, consultent et incrémentent le dossier et de fait peuvent s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (notamment procédures, protocoles, consignes...). Les interfaces sont opérationnelles grâce à la démarche par processus avec des référents médicaux et paramédicaux nommés et cette organisation centralisée du "bureau médical".

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration. Chaque équipe a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques déclinés en projet, objectifs opérationnels, en indicateurs et en plan d'action.

Des EPP et des CREX sont réalisés régulièrement pour évaluer les actions mises en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs.

Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés.

Des avis compétents sont recherchés lorsque l'état du patient le nécessite.

Les professionnels en poste sont formés ainsi que les nouveaux arrivants.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins de prise en charge et du parcours de soins.

Un matériel d'urgence vital opérationnel est disponible dans tous les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients de l'admission à la sortie.

En effet, l'organisation des parcours et la prise en charge des patients prévoient notamment l'ensemble

des étapes de la prise en charge : l'identification des patients à risque suicidaire (en cas de risque suicidaire, la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient), l'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle (des actions d'éducation sont mises en place), l'organisation de la permanence des soins, l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle, l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales (procédures définies au sein de l'établissement).

L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge et tracée dans le dossier. Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfice risque, le volet somatique, l'évaluation des besoins éducatifs du patient, la sortie... Une évaluation des besoins éducatifs du patient est réalisé. La sortie ou le transfert est effective si le patient est stable et si son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.

Les observations relevées lors des patients traceurs confirment l'exhaustivité de la mise en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus est mise en place. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité. Il existe un tableau de bord des EPP.

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées au regard des évènements indésirables et des actions d'amélioration sont menées.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.

La politique parcours du patient ainsi que la politique EPP sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs réévalués régulièrement et du suivi du plan d'action associé.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites (intranet, affichage).

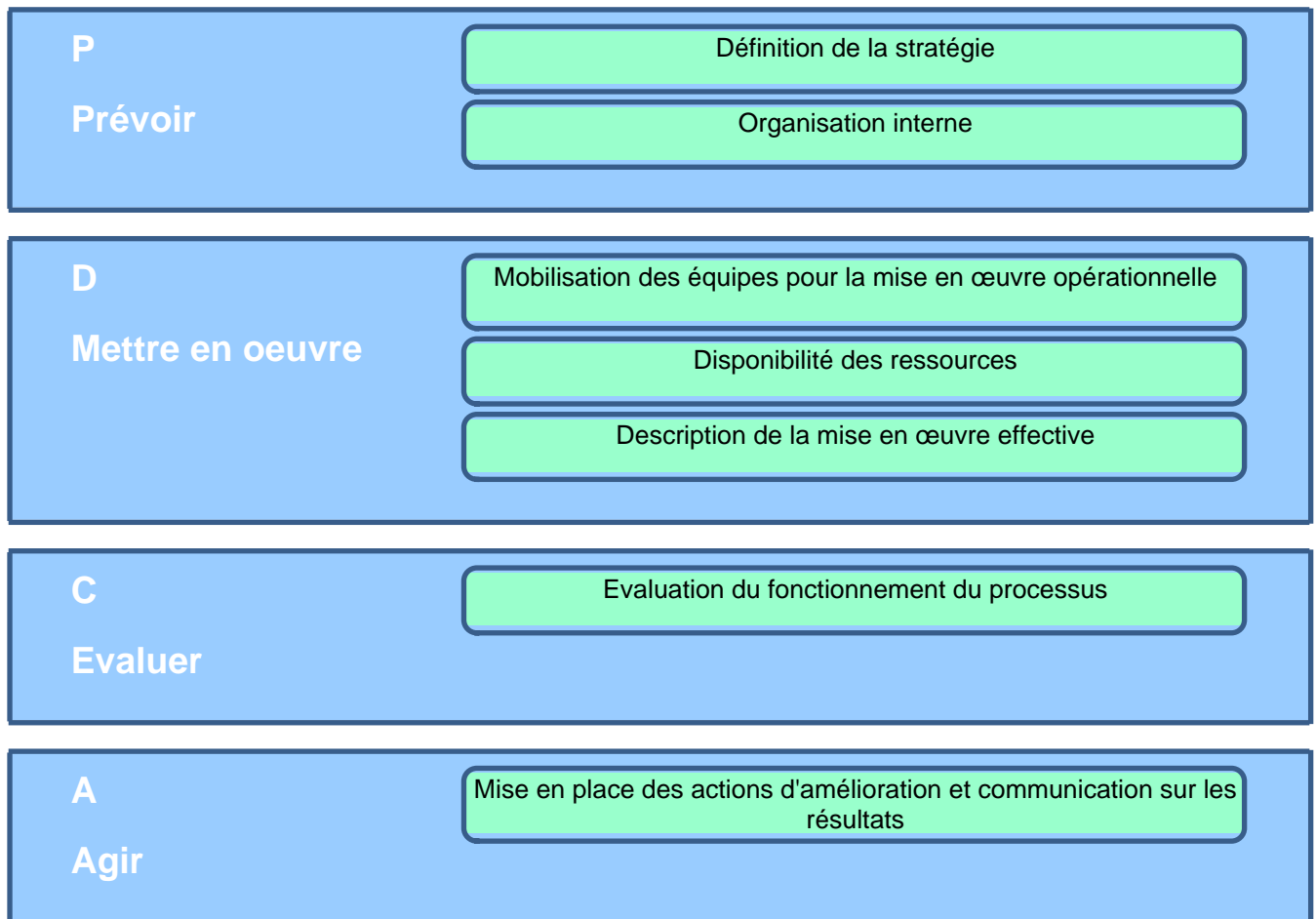
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique d'Aufrery a formalisé une politique du dossier patient et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé en lien avec le compte qualité à partir de l'identification des risques propres au processus dossier de soin. L'établissement a intégré la V2014 et mis en place par processus une carte d'identité du processus qui décline les phases clés de la politique, les données d'alerte, les évolutions attendues, les indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a initié une organisation pour piloter le processus. Pour chaque processus un pilote, un copilote et un médecin associé sont désignés. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission des professionnels.

Le dossier de soins est informatisé. L'organisation du dossier est déployée par des procédures de tenue du dossier définissant les règles de tenue, d'archivage et de destruction du dossier. Trois guides d'utilisation administratif, soignant et médical, un guide du logiciel sont utilisés par les professionnels. La sécurisation du système informatique est garantie. Les accès par les professionnels sont sécurisés par mot de passe changés régulièrement. Un plan de sauvegarde est en place.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'organisation en pilotes et médecin associé au processus permet le lien entre le CDGR, les instances, CME, CRU et le bureau médical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Le management sensibilise les professionnels sur le processus et les différentes étapes, les risques identifiés, les objectifs cibles et les indicateurs de suivi. L'information est réalisée par les cadres et les référents dossiers.

L'ensemble des cadres soignants est positionné au bureau médical, organe centrale de l'information, de l'organisation et de la planification médicale et soignante. Ils utilisent le dossier de soins informatisé, consultent et incrémentent le dossier et de fait peuvent s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes...).

Des actions correctrices sont identifiées en cas de besoin. Les dysfonctionnements peuvent être signalés par les fiches d'événements indésirables (7% des fiches ont trait au dossier) des audits bi-annuel, des indicateurs suivis : courrier type, fiches de liaison, taux de personnel formés au DPI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les personnels sont formés à l'utilisation du logiciel et aux règles de tenue du dossier. Les nouveaux arrivants sont tutorés ainsi que les stagiaires. Deux infirmières sont référentes informatique et sept référentes dossier ce qui permet de déployer l'information. Des guides techniques pour chaque catégories professionnels sont en place. Les référents assurent le relai et forment les nouveaux arrivants. Des formations régulières sur la thématique dossier de soins sont en place dans le plan de formation de l'établissement et une est prévue en juin pour permettre l'appropriation des évolutions du logiciel. De nombreux postes informatiques et portables sont à disposition des professionnels. Une informaticienne ressource dossier intervient mensuellement.

L'archivage est organisé. Les pièces du dossier nécessaires pour la prise en charge en urgence d'un patient sont accessibles par voie informatique. Les dossiers papiers sont archivés dans des pièces dédiées auprès des secrétariats puis entreposés dans un local à archive dédié et conforme.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les données médicales, paramédicales et administratives sont tracées en temps réel. Une liaison avec le laboratoire permet le transfert des résultats des examens biologiques.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. L'établissement a développé la méthode du patient traceur ce qui a permis de définir des axes de progrès par rapport à la traçabilité dans le dossier de soins et également la conformité des procédures mises en place.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Les demandes sont communiquées à la CRU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi sont assurés régulièrement. Des audits dossiers sont réalisés tous les 6 mois. L'établissement suit les indicateurs IPAQSS et diffuse les résultats. L'établissement a renseigné les indicateurs hôpital numérique et les a intégrés à ses plans d'action et suivi. Il a également mis en place la méthode patient traceur lui permettant également d'auditer la traçabilité sur les dossiers.

Le score de la tenue du dossier a progressé. Les délais de transmission des dossiers au patient sont évalués et transmis à la CRU. Les délais sont conformes à la réglementation.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques et permet de déterminer des mesures complémentaires. Afin d'améliorer la performance du dispositif, l'établissement a pour projet l'évolution de son logiciel dossier patient en juin prochain et de reformer l'ensemble des utilisateurs.

La communication des résultats et des projets est réalisée.

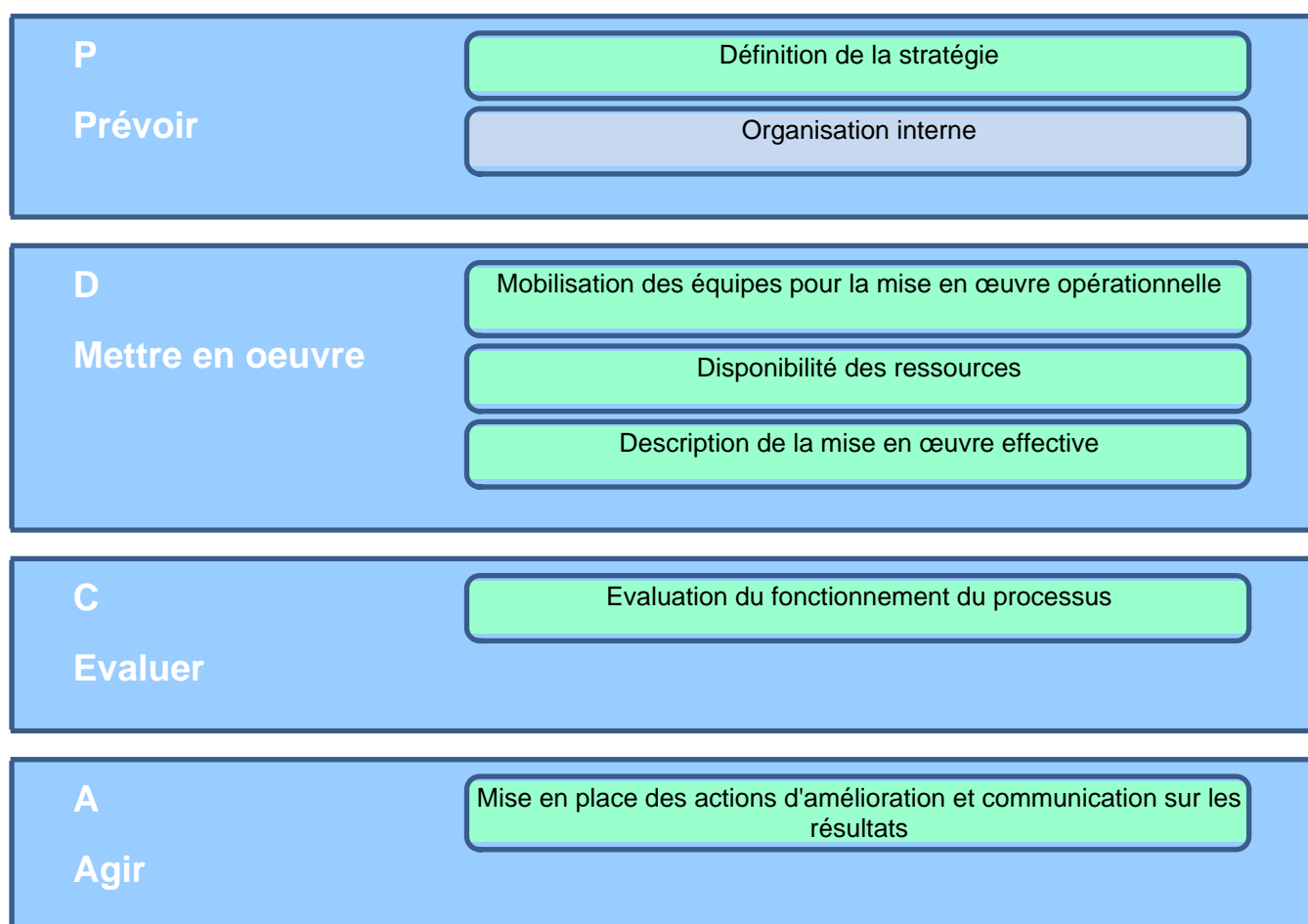
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a formalisé une politique de la prise en charge médicamenteuse, intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement, établie de façon concertée avec les professionnels concernés. Elle est validée par les instances et fixe des objectifs d'amélioration. Elle est définie à partir de la réglementation en vigueur, de l'analyse des besoins et de hiérarchisation des risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori. Cette politique contient avec des dispositions spécifiques pour les sujets âgés, diffusée à l'échelle de l'établissement. Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont identifiées (analyses collectives de risque a priori par une cartographie des risques et a posteriori par les résultats d'analyse des indicateurs). Cette analyse de risque alimente le compte qualité élaboré par l'établissement. Cette politique comprend les mesures spécifiques aux médicaments à haut risque, les règles du bon usage des médicaments et les mesures spécifiques aux populations à risque. Un programme précise pour chaque action les modalités de suivi avec des responsabilités définies pour chaque action, une planification des actions dans des délais fixés, un suivi des actions, une culture et une communication des résultats. L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues des contrôles réglementaires.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge médicamenteuse à l'échelle de l'établissement associant le président de la CME, les médecins et le pharmacien. Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis dans les fiches de poste. La permanence pharmaceutique est organisée avec la présence d'un pharmacien à temps partiel (dotation pour les besoins urgents, convention, astreintes). Des actions de formation à la sécurité médicamenteuse sont intégrées dans un plan de formation global de l'établissement. Les besoins en processus sont identifiés et formalisés en particulier sur l'utilisation des médicaments selon les modalités définies après analyse des risques dans l'établissement. Des outils actualisés et validés destinés aux professionnels sont prévus avec notamment des supports validés et communs des prescriptions. Les supports d'information des patients sont élaborés. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse (entre la PUI et les différents secteurs de soins, la continuité du traitement médicamenteux et les partenariats externes).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du secteur d'activité assuré par le médecin et le cadre de santé s'est saisi des enjeux liés à la politique de prise en charge médicamenteuse. Il communique auprès de son équipe le programme d'action associé et sur les résultats des erreurs en terme d'amélioration de la sécurité des processus et de prévention des récidives. Il impulse une démarche d'amélioration en lien avec les orientations de l'établissement. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. L'établissement recueille et analyse les erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés avec des temps collectifs prévus pour échanger sur les résultats. Des démarches EPP, des CREX, des analyses spécifiques sont mises en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les équipes ont suivi une formation, notamment sur la sécurité médicamenteuse. Elles disposent des outils d'aide à la prescription. Leur sensibilisation est régulière. Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour par une gestion informatisée. Les ressources en matériel et équipement sont disponibles dans les secteurs de soins et à la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est effective.

Les prescriptions médicamenteuses sont tracées avec une saisie informatique. Le stockage des médicaments dans une zone réservée , leur gestion et leur transport sont optimisés et sécurisés.
L'analyse pharmaceutique du traitement complet des praticiens incluant le traitement personnel se fait à priori. Les observations relevées lors des patients traceurs confirment l'exhaustivité de la mise en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi est en place, notamment à l'aide d'indicateurs.
Le pharmacien réalise des audits périodiques du circuit du médicament, notamment sur la qualité de l'administration et sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé a minima, une fois par an.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés et les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement et réduction de risque avec mise en place d'actions d'amélioration.
Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites aux professionnels de la pharmacie et des secteurs de soins.