



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Le Ryonval

**182 route de lens
62223 Sainte Catherine Les Arras
MARS 2017**

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 8 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 8 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 8 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 8 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 8 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 8 |
| PROGRAMME DE VISITE | 9 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 9 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 9 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 10 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 11 |
| DROITS DES PATIENTS | 17 |
| PARCOURS DU PATIENT | 22 |
| DOSSIER PATIENT | 27 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 32 |

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

| MAISON DE SANTE PSYCHIATRIQUE LE RYONVAL | |
|--|---|
| Adresse | 182 route de lens 62223 Sainte Catherine Les Arras |
| Département / région | PAS-DE-CALAIS / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|--|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 590039863 | U.G.E.C.A.M | 22 bis rue de turenne 59043 Lille |
| Etablissement de santé | 620100347 | MAISON DE SANTE PSYCHIATRIQUE LE RYONVAL | 182 route de lens 62223 Sainte Catherine Les Arras |

| Activités | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 89 | 15 |

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

| Réorganisation de l'offre de soins | |
|--|--|
| Coopération avec d'autres établissements | <ul style="list-style-type: none"> - Convention de coopération avec le Centre Hospitalier de Bapaume concernant l'accueil prioritaire de patients. Signée le 1er novembre 1999 - Convention de partenariat avec le Centre Hospitalier d'Arras concernant l'accueil prioritaire de patients, la mise à disposition de praticiens hospitaliers (1 ETP), mise en place de vacations d'intérêt général réservées aux praticiens hospitaliers. Signée le 3 juin 2003. - Convention de coopération avec le Centre Hospitalier A. Charlon à Hénin Beaumont concernant l'accueil prioritaire de patients. Signée le 19 juillet 2005. - Adhésion au GIP (fédération régionale de recherche en santé mentale) dont l'objet est de promouvoir et fédérer les activités de recherche en santé mentale. Constitution lors de l'assemblée générale constitutive du 14 novembre 2006. |

-Projet de coopération avec le centre hospitalier de Lens.

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Dossier patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|------------|--------------------------------|---|---------------|----------------------------|---------------|
| 1 | Adulte | HC | Etat dépressif-conduites addictives (alcoolique) | Programmé | Hospitalisations multiples | Santé mentale |
| 2 | Adulte | HC | Etat dépressif majeur troubles de la personnalité | Programmé | Hospitalisations multiples | Santé mentale |
| 3 | Adulte | HDJ | Etat anxio-dépressif | Programmé | Passage de l'HC à HDJ | Santé mentale |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

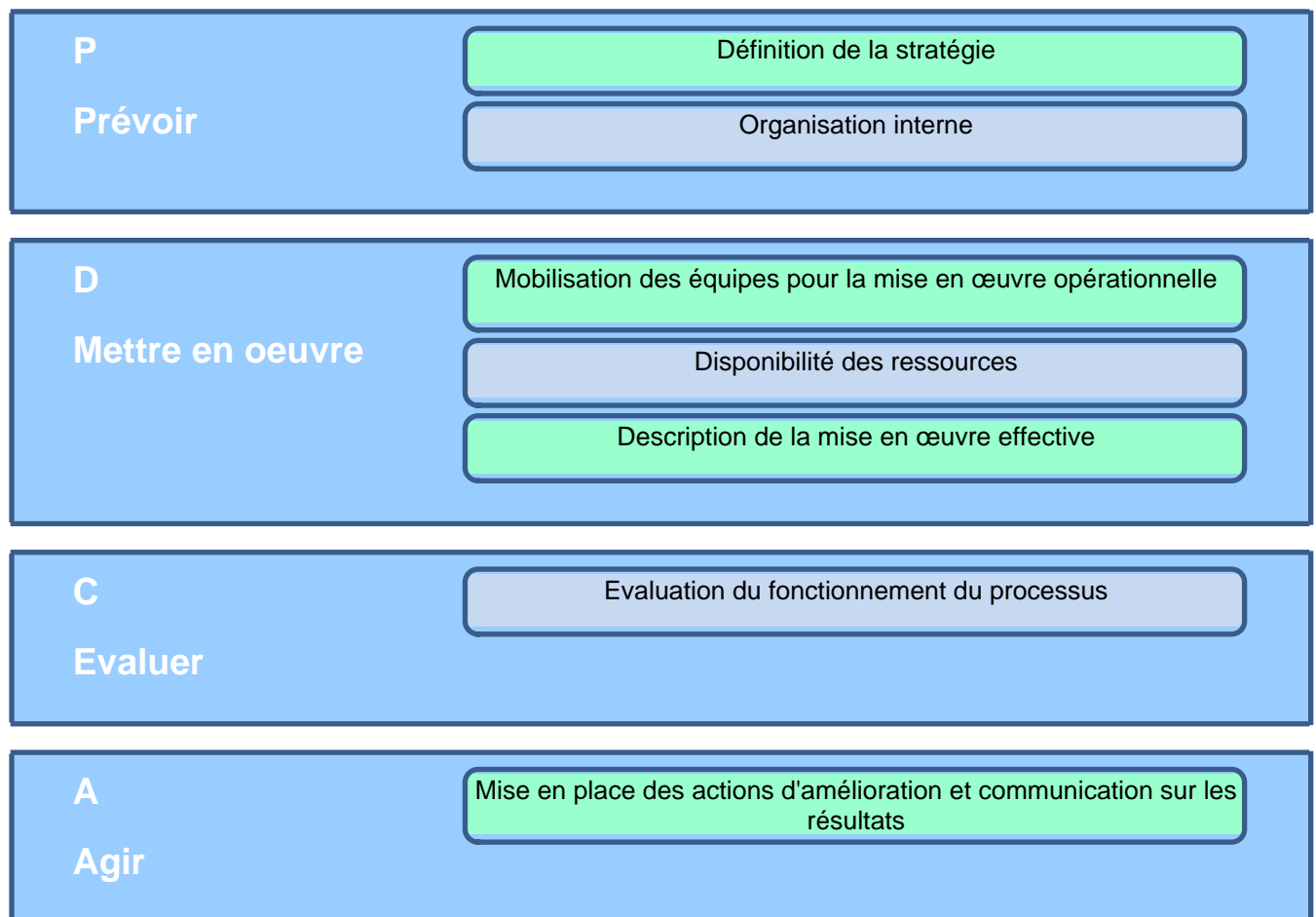
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Les instances de l'établissement (CME et COGERI) ont validé au terme d'une procédure participative associant les différentes Commissions et Comités consultatifs, un Projet d'Etablissement 2017-2021 qui sera soumis au Conseil d'Administration du Siège et relayé par un CPOM couvrant la même période et signé avec le représentant de l'ARS « Hauts de France ».

Ce document comporte un volet « Projet Qualité et Sécurité » qui fixe la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins et intègre en particulier la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

Il est composé d'une note de contexte, d'un organigramme fonctionnel des différentes Commission ou Comités concernés et propose objectifs et indicateurs d'évaluation autour de 5 axes :

- 1/ Pérenniser la démarche de la culture qualité et gestion des risques au sein de l'établissement
- 2/ Développer la dynamique EPP
- 3/ Faire du retour d'expérience un outil pédagogique primordial dans la dynamique Qualité et Gestion des Risques
- 4/ Accompagner les managers dans la culture Qualité et Gestion des Risques
- 5/ S'inscrire dans le cadre de la démarche qualité régionale du Siège pour la Région Hauts de France.

Il est à noter, en ce qui concerne cet axe 5, que l'établissement a pris une part active à la mise en place de la dite démarche régionale en raison de la présence dans ses effectifs d'un ingénieur qualité disposant des compétences ad hoc.

Lors de la préparation du compte qualité, qui s'est déroulée de fin 2014 à début 2016, l'établissement a étendu sa cartographie des risques à l'ensemble des processus-thématiques le concernant ; il a opté à cet effet pour une méthodologie éprouvée permettant de quantifier le niveau de maîtrise propre à chaque risque. Les dispositifs de maîtrise pour chaque risque sont décrits.

Le Plan d'action propre au processus « Management de la Qualité » comporte 21 actions déterminées à partir de l'identification d'autant de risques ; sa réalisation est programmée sur une période allant de septembre 2014 à toute l'année 2016.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, l'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins annuel, validé par les instances compétentes, connu, et prenant en compte l'ensemble des éléments attendus.

Le PAQSS 2016, en ce qui concerne la qualité et la gestion des risques comporte près de 80 actions classées autour de différentes thématiques : gestion des plaintes, epp, gestion documentaire, gestion des risques, qualité...

ORGANISATION INTERNE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement est portée par le management supérieur de l'établissement et notamment le Directeur et le Président de la CME.

Ils impulsent la politique générale en matière de qualité et de gestion des risques, fixent les stratégies et coordonnent sa mise en œuvre.

Ils assurent le pilotage stratégique du processus Qualité et Gestion des Risques. Le règlement intérieur de la CME précise que son Président siège « au sein de toutes les instances réglementaires Qualité et Gestion des risques ».

Ils bénéficient de l'accompagnement d'une Responsable Qualité et Gestion des Risques, cadre de niveau 6, recrutée en 2011 pour une durée indéterminée ; l'intéressée a été désignée pour assurer le pilotage opérationnel de la Qualité et de la Gestion des risques.

Les missions transversales des Pilotes ont l'objet d'une fiche de fonction mise en place en octobre 2016 et applicable à l'ensemble des processus.

Le Pharmacien assure la fonction de coordonnateur du management de la prise en charge médicamenteuse conformément aux dispositions des points 6.3 et 6.4 du Manuel de la Qualité de la Prise en charge médicamenteuse en date du 26 mai 2015. Il dispose d'une fiche de poste adaptée à cette mission. Par une note d'information en date du 16 novembre 2011, le Directeur d'Etablissement a confirmé durant la visite la nomination du professionnel qu'il avait désigné pour assurer cette fonction.

Un médecin psychiatre exerçant à mi-temps au sein de l'établissement exerce la fonction de Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Son action s'exerce dans le cadre d'une fiche de mission mise en place en décembre 2016. L'actuel titulaire de la fonction s'est vu attribuer cette responsabilité lors de la CME du 2 décembre 2014 en présence du Directeur. Par une note d'information en date du 16 novembre 2011, le Directeur d'Etablissement a confirmé durant la visite le professionnel qu'il avait désigné pour assurer cette fonction sur la base de l'avis de la CME.

La structuration institutionnelle du processus repose sur le rôle central et majeur accordé à la Conférence Médicale d'Etablissement qui, en particulier et conformément à son règlement intérieur en date du 9 septembre 2014, valide Politiques et Plans et détermine le choix des programmes d'EPP.

L'action de la CME est articulée avec celle d'un COGERI (Comité de Gestion des Risques et des Vigilances) qui est positionné dans une dimension plus opérationnelle. Présidé par le Directeur d'établissement il est doté d'un règlement intérieur, se réunit à minima trois fois par an et exerce les différentes missions liées à la définition et à la mise en œuvre de la Politique Qualité et Gestion des Risques.

Un organigramme institutionnel et fonctionnel fait apparaître les liens établis dans ce domaine avec le CLIN, le CLUD, le CLAN, le COMEDIMS le Comité d'identité-vigilance, la Commission EPP et le Comité Ethique.

L'établissement s'est enfin doté d'un Observatoire des Risques présidé par le Médecin-Coordonnateur des Risques, chargé de l'analyse des événements indésirables et d'identifier les plus graves d'entre eux qui sont l'objet d'une analyse approfondie (Méthode ACRES).

Les vigilances sont réparties entre quatre correspondants :

- le Président de la CME assure l'infectiovigilance et l'hémovigilance
- le Pharmacien la matériovigilance, la réactovigilance et la pharmacovigilance
- du fait de la pratique d'activité esthétique dans le cadre de la prise en charge des patients, une fonction de cosméto-vigilance a été dévolue au Médecin Généraliste
- enfin l'identité-vigilance a été attribuée à l'ingénieur Qualité

La répartition de la veille réglementaire est organisée (document réf 2C/REV01 du 4/10/2016) et différentes procédures ont été élaborées dans le domaine des vigilances . On peut citer, à titre d'exemples, celles de février 2016 relative à la pharmaco-vigilance, à la matériovigilance et à la réacto-vigilance (alertes descendante et ascendante) ou celles relatives à la cosméto-vigilance élaborées en Janvier 2015.

La coordination des dispositifs de vigilances, de la veille sanitaire et de la gestion globale de la qualité et des risques est assurée au sein du COGERI auquel participent les différents correspondants.

Les modalités de fonctionnement de la Commission des Usagers permet la contribution de celle-ci, et notamment des deux usagers très impliqués qui en sont membres, à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins. Les représentants des usagers sont par ailleurs respectivement membres du CLIN et du Comité éthique.

L'établissement a précisé par fiches de fonction ou de mission (référents en antibiothérapie, en identitévigilance, référent EOH et référent Hygiène, pilote action PAQ, pilote d'EPP, référent EPP...) ou par fiche métier (pharmacien, infirmier hygiéniste...) les attributions des différents acteurs des démarches Qualité et Gestion des risques.

Il dispose de documents spécifiques en vue de la gestion de crise (Plan Blanc adressé à l'ARS et actualisé dans le cadre du Plan Vigipirate, dispositif d'information du Siège en cas d'événement grave susceptible de compromettre l'image du groupe, gestion d'une épidémie).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement, d'une façon générale, organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (les plans de formation font apparaître les programmes permettant à chacun d'acquérir ou de développer les compétences nécessaires à son action) et documentaires (mise en place d'un outil de gestion électronique documentaire de type intranet) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Il s'organise pour assurer la gestion des interfaces et des circuits afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

En résumé, l'établissement s'est doté d'une organisation structurante en vue de la mise en œuvre des différents processus de maîtrise des risques et d'amélioration de la qualité.

Dans le domaine de l'évaluation des risques a priori, les démarches de l'établissement se sont s'est historiquement développé en plusieurs phases.

En ce qui concerne les risques professionnels, l'établissement a élaboré en 2015, dans le cadre de son

CHSCT un Document Unique avec l'appui méthodologique de l'Association de Santé au Travail du département à laquelle il adhère. Ce travail est régulièrement actualisé (périodicité annuelle).

En ce qui concerne les risques liés aux activités et pratiques, l'élaboration du Compte Qualité en 2015 a permis d'élargir à la totalité des processus, les évaluations qui auparavant avait été circonscrites à 3 domaines (identitovigilance, circuit du médicament et bientraitance). Il dispose donc à la date de la visite d'une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement favorise la déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; soit les actions sont applicables à la totalité des structures, soit le ciblage de la structure concernée est explicite dans les documents de planification. Elle est également favorisée par l'implication et la proximité de l'encadrement soignant et de l'ingénieur-Qualité reconnus et repérés dans l'établissement. On note également l'organisation régulière de réunions de service où les questions liées à la Qualité et la Gestion des Risques sont abordées et l'appui des notes d'information pour signaler la publication ou l'actualisation de documents « qualité » majeurs.

La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins prend principalement appui sur le fait que chaque agent se voit attribuer une fonction ou une responsabilité dans ce domaine, certains d'entre eux pouvant en cumuler plusieurs. Les professionnels rencontrés par les experts sur le terrain se sont tous avérés être référents (hygiène, douleur, alimentation, médicament), participant à un groupe EPP ou à une action régulière d'audit.

L'implication est également favorisée par les modalités de traitement des EI et les retours faits aux professionnels, la diffusion de brochures (Vigilance attentats : les bons réflexes), l'organisation d'exercices de simulation (Plan Blanc le 16 janvier 2015 et accueil de victimes le 28 avril 2016) la réalisation de Quizz-enquêtes sur des thématiques ciblées (Gestion des Risques ou Droits des Patients).

D'une façon plus générale, les professionnels sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues ; ils informent les professionnels de leurs résultats et les aident à identifier et mettre en place des actions corrective sans cas de besoin.

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité s'est faite par un travail d'information engagé dès fin 2014, s'est prolongée tout au long de l'année 2015 et achevée début 2016. Des groupes de travail par processus, émanation des Commissions ou Comités concernés, ont été mis en place. Les travaux ont été finalisés par les Pilotes de processus en association avec l'Ingénieur Qualité mais avec retour en direction des participants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'analyse des Plans de Formation réalisés sur les exercices 2014, 2015 et 2016 en cours, révèle la volonté de l'établissement d'accorder aux professionnels les ressources en compétences nécessaires à leur action sur des thématiques techniques ciblées et nécessaires au management des différents processus. On peut ainsi citer des départs en formation sur les thèmes suivants : Addictologie (DU), Sécurité des Patients, Sécurité en Santé, Hygiène, Référent Santé, Bientraitance...

En ce qui concerne la Qualité et la Gestion des risques, l'effort de formation est déployé plus particulièrement en interne par le Directeur et/ou l'Ingénieur qualité. Les experts visiteurs ont pu consulter les didacticiels des formations suivantes :

- Gestion des risques : principes et méthodologie en regard des événements indésirables
- Mise en place d'une démarche de management des risques et de la qualité
- Instances de Gestion des risques (Observatoire et COGERI)
- Méthode ACRES
- Gestion des Risques
- RETEX (simulation noyade balnéothérapie, inondations...)
- Sensibilisation à la législation en Santé Mentale

Les feuilles d'émargement signées par les professionnels y participant révèlent que la quasi-totalité des agents concernés ont pu y participer.

Les nouveaux arrivants bénéficient d'une situation de tutorat par leurs pairs-aînés puis sont immédiatement intégrés dans ces dispositifs formateurs.

D'une façon générale l'institution prévoit les temps de travail nécessaires au développement des démarches. On note à sujet une organisation très rationnelle et professionnalisée consistant à attribuer et décompter des « temps de détachement » liés aux différentes missions transversales qui leur sont

dévolus.

Le système de gestion documentaire mis en place par une procédure du 16 janvier 2013 est opérationnel et connu de tous. Il repose sur la diffusion structurée sur le réseau informatique des différents documents supports des démarches Qualité et Gestion des Risques (Protocoles, procédures, comptes-rendus de réunion, etc.). Il dispose d'un moteur de recherche.

Chaque infirmerie dispose d'un poste informatique ouvrant l'accès à ce système.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Plus précisément :

Le dispositif de signalement, de gestion et de suivi des événements indésirables est décrit dans un ensemble de procédures traitement notamment des EI graves, de l'organisation des retours d'expériences et des EIG et situations exceptionnelles et dramatiques devant être signalées à l'ARS. La fiche de signalement est conçue en traitement de texte et prévoit les différents domaines et items de signalement. Elle est transmise par courrier électronique par le déclarant à son cadre qui la transmet lui-même à l'ingénieur Qualité et aux responsables concernés.

Un infirmier Référent événement indésirable a été désigné pour aider ses collègues à renseigner le document et développer la culture « non punitive » que le management veut promouvoir.

L'Observatoire des Risques est au cœur du traitement des fiches et favorise la mise en place d'analyse des événements les plus graves selon un cadre type avec l'appui des cadres qui ont été formés à la méthode ACRES. Il publie un Rapport annuel d'activité transmis au COGERI. Dans ce contexte ont été travaillés les événements graves suivants : tentative de suicide, suspicion d'intoxication alimentaire, intoxication médicamenteuse volontaire.

Le nombre de déclarations, objet d'un protocole de mars 2013, tend à s'accroître régulièrement (s'élevant à 153 en 2011, il est désormais de l'ordre de 400/an) et les motifs sont appréciés avec plus de pertinence.

On constate donc, en résumé, que l'établissement dispose d'un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés

L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels est décrite de façon récurrente dans tous les documents à dimension stratégique et politique. Le suivi des démarches est assuré par une Commission EPP animée par le Président de la CME avec retour en direction de cette instance.

Onze programmes choisis par rapport à des thématiques prioritaires en regard institutionnelle étaient en cours à la date de la visite. Ils mobilisaient des démarches de type Audit clinique ou de suivi d'indicateurs.

L'exploitation des plaintes et réclamations avec implication des professionnels et des représentants des usagers est assurée. Très peu nombreuses chaque année, elles sont néanmoins l'objet d'une présentation et analyse détaillée au sein de la CDU, contribuant ainsi à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et au respect de ses droits.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le système de management de qualité/gestion des risques, en tant que processus spécifique, est régulièrement évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. On peut citer :

- les évaluations du système documentaire réalisées en 2013 et 2016 permettant de constater une appropriation plus forte du système
- les tableaux de suivi des indicateurs par service
- une enquête sur la gestion des risques
- des auto-évaluations « Gestion des Risques et Gestion des EI » de 2013 et 2016
- un audit de 2016 relatif aux critères de la gestion des risques associés aux soins
- le tableau de suivi des rencontres
- le tableau de suivi des PAQ

L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CDU s'opère principalement au travers des

questionnaires de sortie pour l'hospitalisation complète, d'un questionnaire spécifique pour les hospitalisés de jour et d'enquêtes de satisfaction en direction de l'entourage des usagers.

A / AGIR

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

La communication des résultats et actions est réalisée, auprès des professionnels et des usagers. Différents outils sont utilisés à cet effet :

- pour les usagers on peut citer l'existence d'une chaîne TV spécifique accessible à tous les patients et les affichages réalisés dans les unités.
- pour les professionnels des réunions institutionnelles ou de service, ainsi que l'espace Gestion documentaire accessible sur le réseau informatique.

Les programmes et de la politique qualité / gestion des risques sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

On peut citer :

- l'évolution du circuit des FEI vers plus de fluidité via des mesures de simplification. L'établissement projette aussi une nouvelle évolution avec l'acquisition d'un logiciel spécifique de Gestion des Risques
- le développement d'indicateurs relatifs à la gestion du PAQS
- l'informatisation de la gestion documentaire.

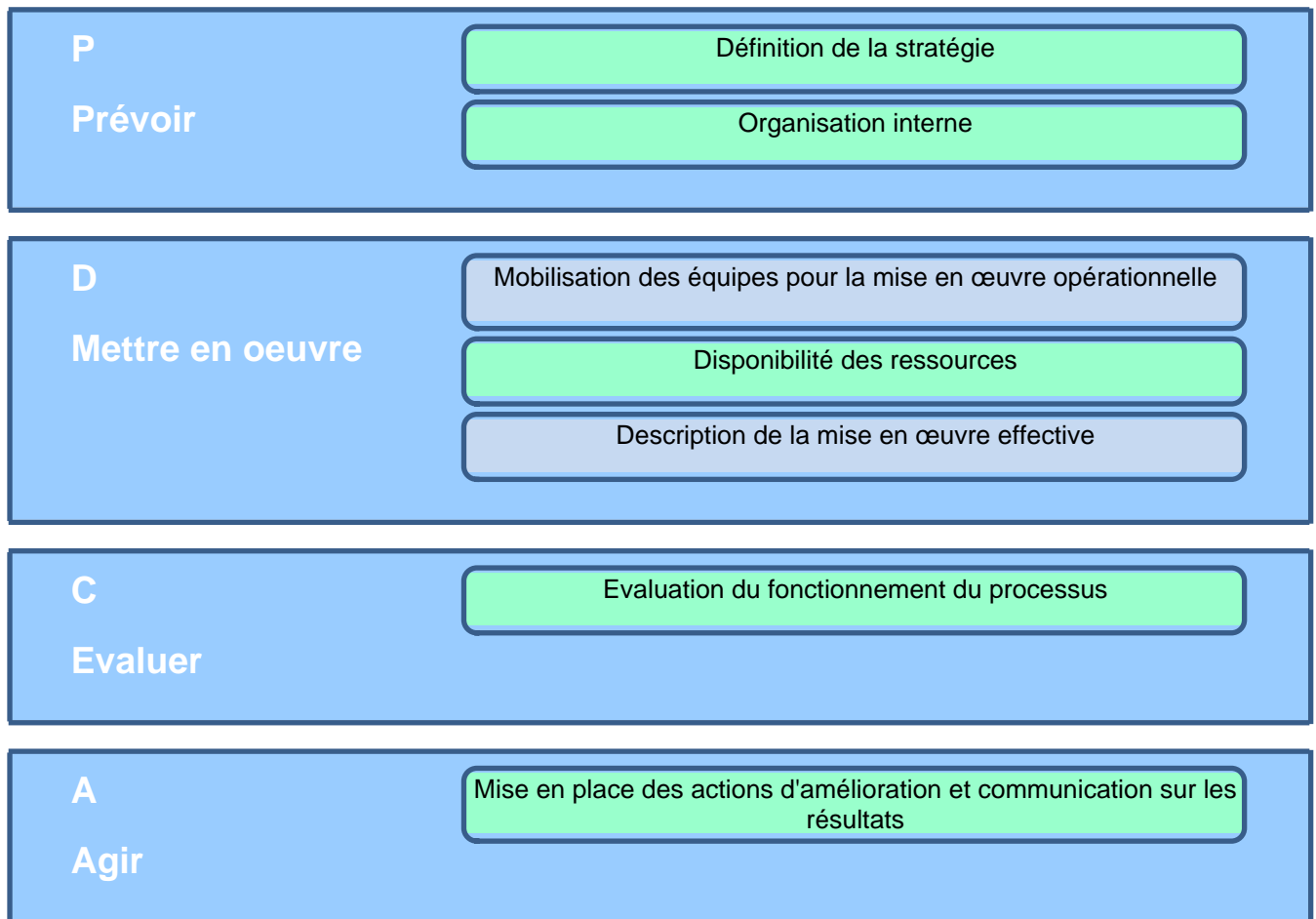
DROITS DES PATIENTS

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

Les instances de l'établissement (CME et COGERI) ont validé au terme d'une procédure participative associant les différentes Commissions et Comités consultatifs, un Projet d'Etablissement 2017-2021 qui sera soumis au Conseil d'Administration du Siège et relayé par un CPOM couvrant la même période et signé avec le représentant de l'ARS « Hauts de France ».

Ce document comporte un volet « Bienveillance, Ethique et Droits des Patients » qui à partir d'une analyse de contexte développe ses objectifs autour de 4 axes assortis d'indicateurs de résultats. Ces quatre axes sont les suivants :

- 1/ Développer la promotion des droits des patients
- 2/ Développer des valeurs d'équité, d'écoute, de respect et de bienveillance auprès des patients et de l'entourage
- 3/ Accompagner les professionnels dans une démarche de bienveillance
- 4/ Associer les représentants des usagers dans une réflexion relative à la bienveillance.

Une Charte de la Bienveillance est associée à ce volet qui par ailleurs s'inscrit dans une orientation majeure du Groupe en ce qui concerne la promotion de la Bienveillance

Le volet médical et le volet de soins intègrent également promotion de la bienveillance et des libertés individuelles

Le respect des droits des patients s'inscrit donc dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.).

Les analyses de risques antérieures existantes sur ces thèmes ont été actualisées lors de la préparation du Compte Qualité en prenant en compte contexte, missions et analyse des risques propres à l'établissement, compte tenu des spécificités de son offre de soins (population d'adultes en hospitalisation libre). La CDU a été associée à ce travail de réflexion et d'élaboration au travers de sa fonction d'instance consultative.

Il se dégage du Compte Qualité l'identification de 5 risques majeurs et de 7 actions à mettre en œuvre dans le domaine du droit des patients. Le PAQSS 2016 comporte 18 actions sur ce thème en majeure partie réalisées.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est conduit par le Directeur d'Etablissement et la Directrice des Soins. L'information est diffusée et connue. Une fiche décrit leurs fonctions en leur qualité de pilotes du processus

Au regard de ses missions, de ses orientations et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une attention toute particulière a été portée d'une part aux investissements à réaliser en matière de locaux et de mobilier, d'autre part à la qualité des programmes de formation inscrits aux Plans que les experts ont pu consulter.

La Charte relative aux Droits des Patients est correctement diffusée et insérée dans le Livret d'Accueil Patient ainsi qu'une Charte de l'Usager en Santé Mentale. On note également l'affichage dans toutes les Unités de prise en charge d'une Charte de la Bienveillance propre à l'établissement.

Par ailleurs, différents éléments relatifs aux droits des patients sont organisés de façon formelle par l'Etablissement de Santé.

Ainsi, il existe une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin. Les contrats de soin personnalisés, systématiquement formalisés avec chaque patient pris en charge en hospitalisation complète ou de jour, en fixent le cadre. Il existe des formulaires pour le consentement au dépistage des maladies infectieuses et le refus de soins

Il existe aussi un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés prenant appui sur les différents entretiens organisés avec le patient (thème d'une EPP en cours à la date de la visite) ; il inclue la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins qui est l'objet d'une procédure spécifique en date du 7 décembre 2015.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Différents vecteurs de communication sont en place pour favoriser la circulation de l'information nécessaire (réseau informatique support de la gestion documentaire, réunions, formations...)

Une Commission des Usagers (CDU) fonctionne. Elle est dotée d'un règlement intérieur conforme aux attendus légaux. Il en fait mention dans le Livret d'Accueil. Les missions et la composition de la Commission des Usagers sont également l'objet d'une affichette.

En revanche, les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies et diffusées, Il existe un item « maltraitance » sur la Fiche d'événement indésirable. En revanche, aucun document n'invite les professionnels à signaler les cas de maltraitance et ne précise les modalités selon lesquelles le faire. Lors des investigations de terrain, les professionnels rencontrés, ont évoqué des pratiques très différentes à ce sujet : saisine du Comité Ethique, Signalement d'un Evénement indésirable, renvoi à l'encadrement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Outre la taille de l'établissement qui favorise la circulation des informations, la multiplicité des occasions de rencontres de travail et de réunions de service entre les professionnels et les responsables permet la mise en place d'objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle.

L'implication de la communauté médicale et le travail « de terrain » de différents responsables sont objectivement perceptibles et contribuent à l'atteinte de cet objectif.

La sensibilisation des professionnels et le respect des bonnes pratiques dans le domaine du droit des patients sont effectifs. Lors des visites de terrain les experts-visiteurs ont pu le constater, notamment par l'attention et la réflexion apportées aux modalités du respect de la liberté d'aller et venir. L'usage des portables et de l'internet sont également abordés dans le même esprit.

Il n'y a pas de chambres d'isolement et pas de contention (sauf, en ce qui concerne ce dernier point, dans la situation particulière d'un patient très agité devant faire l'objet d'un transfert pour changement de mode d'hospitalisation). Cette pose de contentions physiques est réalisée sur prescription médicale après évaluation clinique du patient dans le cadre d'une procédure récente en test.

L'implication des personnels et leur connaissance des problématiques en lien avec les Droits des Patients sont développés avec des outils du type de l'enquête récemment réalisée.

On peut enfin constater la réalité de multiples actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance mises en œuvre depuis plusieurs années :

- Action de présentation « Définition des concepts sur les thèmes de la Violence et de la Maltraitance » dès 2013
- Action de sensibilisation du personnel à la Bientraitance.
- EPP bientraitance débouchant en 2013 et 2014 sur une Cartographie des situations à risques de maltraitance
- Questionnaire ciblé en direction des personnels .
- Charte de la bientraitance (rédaction et diffusion)
- Formation de l'Assistante Sociale à une mission de Référente Bientraitance avec l'appui du Siège.

Par ce type de démarches, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les équipes sont informées de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et matériel sont disponibles dans les secteurs pour favoriser la mise en œuvre du processus.

L'établissement achète les fournitures nécessaires au fonctionnement de différents ateliers et favorise la formation de ceux qui souhaitent en mettre en œuvre de nouveaux après accord des médecins (Art-thérapie, Arts du Cirque, Ecriture, Sorties, Activités sportives...)

Les professionnels bénéficient d'une documentation accessible et actualisée relative au droit des patients sur le réseau dans le cadre de la gestion documentaire.

Un important effort de formation interne des professionnels aux droits des patients (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.) a été réalisé.

-Sensibilisation sur la législation en Santé Mentale (Directeur janvier 2015)
 -Sensibilisation Droits des Patients Juin 2015 avec Etudes de cas concrets
 -Formations aux Directives anticipées et à la Personne de confiance, à l'Annonce d'un dommage associé au soin
 -Bientraitance
 Les feuilles d'émargement, le tableau des indicateurs de participation et la nature des didacticiels témoignent de l'engagement de l'institution sur ces questions
 L'Assistante sociale a bénéficié d'une formation « Bientraitance à l'initiative du siège lui permettant de devenir Référente sur ce thème.

L'établissement favorise le fonctionnement d'un Comité Ethique.

Les locaux rénovés au début des années 2010 et extrêmement bien tenus, permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène.
 L'établissement projette néanmoins la reconstruction d'un hôpital neuf sur son terrain.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différentes unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Lors des vérifications de terrain les experts visiteurs ont pu constater que les professionnels connaissent les contenus clés de la politique droits des patients et se révélaient attentifs à sa mise en œuvre.

La participation du patient dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est recherchée. L'existence systématique de Contrats Individualisés formalisés, mais aussi de Projets Thérapeutiques Personnalisés (Hôpital de Jour), de procédures relatives à l'organisation des synthèses pluridisciplinaires avec documents support associés, favorisent l'atteinte de cet objectif.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques visent également à préserver le respect des libertés individuelles. En témoignent par exemple :

- Le droit d'usage des téléphones portables personnels
- L'ouverture des Unités sauf la nuit mais avec des horaires élargis durant la saison d'été.
- La fermeture à clé de sa chambre par le patient
- L'absence de chambre d'isolement et de pratique des contentions physiques (sauf, si nécessaire préalablement à un transfert pour hospitalisation sous contrainte)
- La préoccupation du respect du droit à l'image lors de manifestations ou sorties (formulaire ad-hoc)
- Les réflexions et mise en œuvre des préconisations du CLAN en ce qui concerne les régimes et les préférences alimentaires
- Le régime des sorties tel que prévu au Règlement intérieur
- La politique de mise à disposition de chambres thérapeutiques pour les patients en sortie de prise en charge et de précarité financière cumulée.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est une préoccupation des professionnels. L'absence de possibilité d'hébergement et de local spécifique pour accueillir les familles a conduit l'établissement à protocoliser sur cette question (Protocoles «Accueil des familles au self» et « Accueil des familles »)

Il existe une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Elle prennent appui sur une EPP réalisée sur ce thème :

- pas de noms de patients apparents sur les portes ou dans des locaux accessibles au public
- locaux adéquats pour les entretiens (regroupement de tous les bureaux médicaux dans une unité spécifique sauf pour l'unité de post-crise, existence de bureaux infirmiers dans chaque unité)
- pièces fermant à clé
- armoires protégées pour les dossiers.

D'une façon plus générale, les professionnels sont sensibles au respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, et ceux-ci à signer eux-mêmes à l'admission une Charte de confidentialité.

Enfin, on peut signaler que la CDU fonctionne selon le cadre réglementaire au rythme de 4 réunions par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi du respect des droits des patients repose sur de multiples outils, en particulier un tableau de suivi des indicateurs de l'établissement par service et thématique.

Le suivi des plaintes et réclamations (peu nombreuses) est assuré avec rigueur mais celles-ci sont peu nombreuses (1 en 2014 pour 3 éloges / 6 en 2015 / 4 en 2016). D'une façon générale et selon le protocole établi, les plaignants sont reçus par le Directeur.

L'évaluation périodique de la satisfaction du patient est également assurée par la CDU au travers des questionnaires de sortie d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation de jour retournés selon un taux de l'ordre de 70 à 80 % selon les périodes.

Un questionnaire en direction de l'entourage a été réalisé en 2015. Il a connu un taux de retours de 100 % (12 questionnaires sur 6 mois)

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif « respect et promotion du droits des patients » au regard des résultats obtenus sont mises en place, parfois à l'initiative des représentants des usagers qui, en particulier, ont apporté des contributions sur les thèmes suivants :

- Pansements, plaies et cicatrisation
- Adhésion du patient à son projet de soin individualisé

Parmi les améliorations découlant de démarches évaluatives, on peut citer à ce sujet à titre d'exemples :

- un meilleur emploi des échelles d'évaluation de la douleur
- la création d'une procédure de contention après une démarche ACRES
- l'évolution du formatage des questionnaires de satisfaction.

Des processus d'information et communication sont à chaque fois mis en place, tout particulièrement, mais non exclusivement, en direction de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

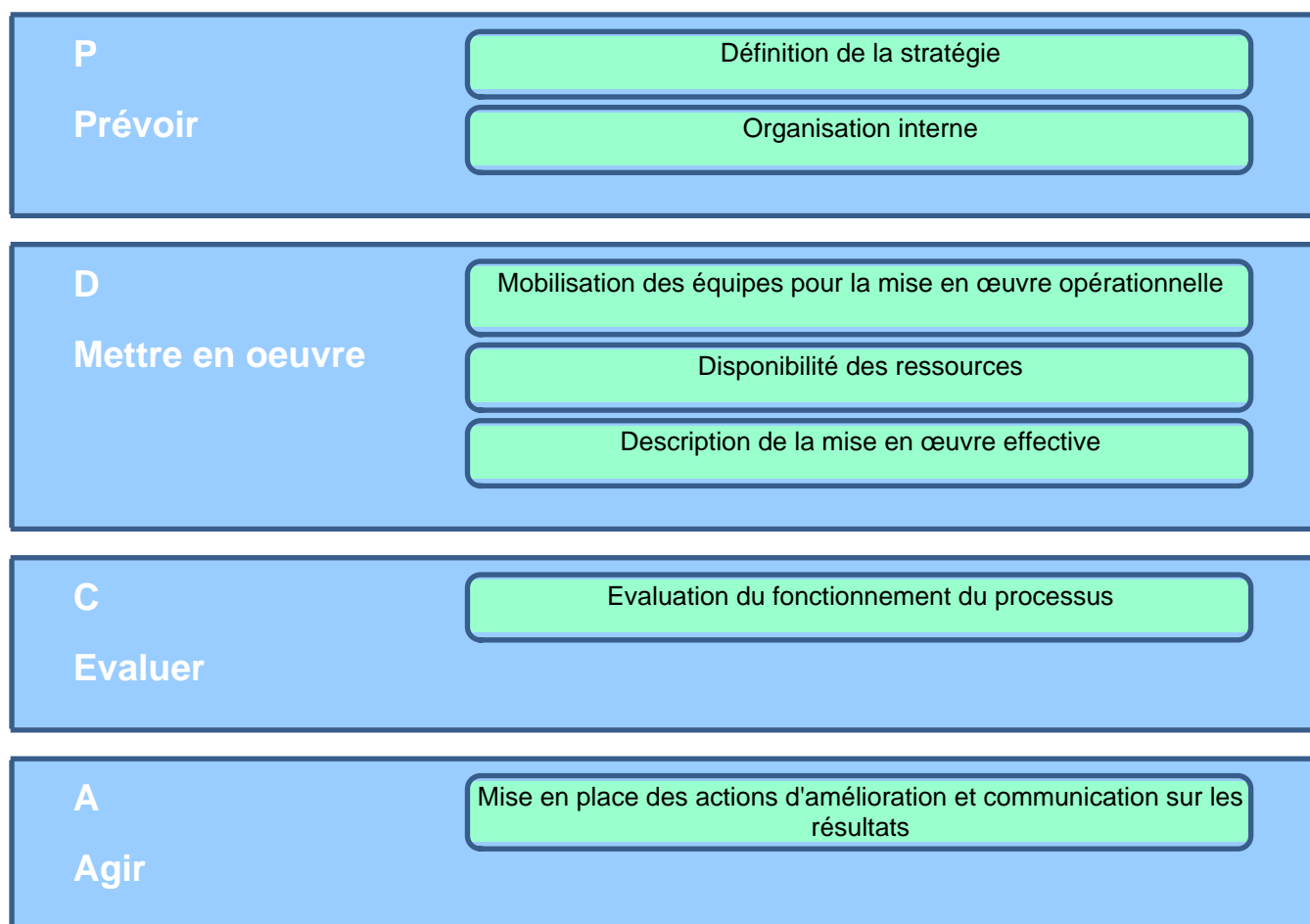
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées notamment aux regard des pathologies et de l'information apportée aux patients.

La politique du parcours du patient définit les orientations et stratégies, en matière d'organisation de principaux parcours, de coordination des acteurs, de développement d'activité.

La politique est diffusée en interne (réunions, intranet) et la mise en œuvre est déclinée en un programme d'actions d'amélioration. Les risques sont hiérarchisés. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour une prise en charge des patients.

La politique du parcours du patient définit les orientations et les stratégies en matière d'organisation.

Cependant, une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient n'est pas formalisée. En effet, l'éducation thérapeutique n'est pas inscrite dans la politique du parcours du patient. L'équipe de direction rencontrée confirme n'avoir pas inscrit dans les priorités l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique n'est pas formalisée.

La stratégie du parcours patient est déclinée dans un programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment les compétences qualitatives et quantitatives des prises en charge.

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

Les ressources nécessaires sont identifiés en fonction des besoins, des risques et de la réglementation.

L'organisation de la permanence des soins est formalisée avec des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

Des réunions pluricatégorielles régulières (hebdomadaires) de synthèse sont mises en place au niveau des unités de soins avec des comptes-rendus tracés dans le dossier patient.

Les besoins en documents d'information pour les professionnels et en support pour les patients (livret d'accueil, informations éducation en santé) sont identifiés.

Des actions d'information des patients sont mises en place sans formalisation sous forme d'un programme d'éducation thérapeutique (une éducation à la santé en partenariat avec la CPAM d'Arras service Santé Active).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les différents professionnels, entre les secteurs d'activité (service de soins, service médico-techniques, services supports) avec notamment l'identification de référents soignants (pharmacie, gestion des risques, addictologie) dans les unités de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques déclinés en projet, objectifs opérationnels, en indicateurs et en plan d'action.

L'ensemble de 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 les outils prévus.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur avec accès aux résultats.

Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats. Ces plans d'amélioration concernent notamment le dispositif d'accueil du patient, l'évaluation initiale et continue du patient, le projet de soins personnalisé, l'évaluation somatique, la prise en compte du risque suicidaire, l'évaluation nutritionnelle, la prise en charge des urgences vitales.

Des EPP 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 d'activité.

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 en interne et parmi les partenaires extérieurs.

Les professionnels en poste sont formés par rapport à leur mission, notamment par rapport aux activités

thérapeutiques proposées en hospitalisation à temps complet et de jour (activité en balnéothérapie mise en place, actuellement suspendue pour un problème d'hygiène).
Ils le sont également ainsi que les nouveaux arrivants à la prise en charge des urgences vitales, à la prise en charge des populations vulnérables ; les actions sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement.
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 pour tous les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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, l'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle, l'organisation de la permanence des soins avec des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24, l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle, l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales.
Une commission des admissions différenciée concernant l'hospitalisation à temps complet et de jour est mise en place.

A l'admission, l'engagement dans la démarche de soins du patient se traduit par une contractualisation avec le médecin référent par rapport au règlement intérieur de l'établissement et au projet de soins personnalisé.

Au cours de la prise en charge, toute modification du projet de soins conduit à une modification du contrat.

L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge et tracée dans le dossier.

Une évaluation des besoins éducatifs du patient est réalisée. La sortie est effective si le patient est stable et si son plan de soins permet un retour au domicile.

Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfique risque, le volet somatique, l'évaluation des besoins du patient, la sortie.

Les observations relevées lors des patients traceurs et des visites dans les structures de soins en hospitalisation à temps complet et de jour confirment l'exhaustivité de la mise en œuvre. L'organisation pour les patients hospitalisés permet d'assurer la continuité et la coordination des soins.

La mise en œuvre du processus est effective pour les secteurs de soins avec une traçabilité structurée et un travail en équipe à toutes les étapes de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du fonctionnement du processus.

Celle-ci concerne le dispositif d'accueil du patient, la traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins, la prise en charge somatique, la prise en charge des urgences vitales, des personnes appartenant à une population vulnérable notamment les personnes âgées et la prise en charge nutritionnelle, du risque suicidaire, la continuité et la coordination des soins au regard des événements indésirables et des actions d'amélioration menées.

Les résultats sont synthétisés dans un tableau de bord. L'évaluation du fonctionnement du processus est mise en place.

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

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord.

A / AGIR

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

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

L'établissement communique sur un certain nombre d'indicateurs :

-la mesure du taux de satisfaction des patients par le questionnaire de sortie

-le suivi des plaintes et de demandes de dossier

-les fiches d'événements indésirables et les actions mises en place

-les indicateurs des Evaluations des Pratiques Professionnelles.

-les indicateurs nationaux (IPAQSS) concernant notamment le dépistage des troubles nutritionnels, la date d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

Il existe un système de diffusion en interne (par des temps collectifs, l'intranet) des résultats des évaluations et des actions conduites.

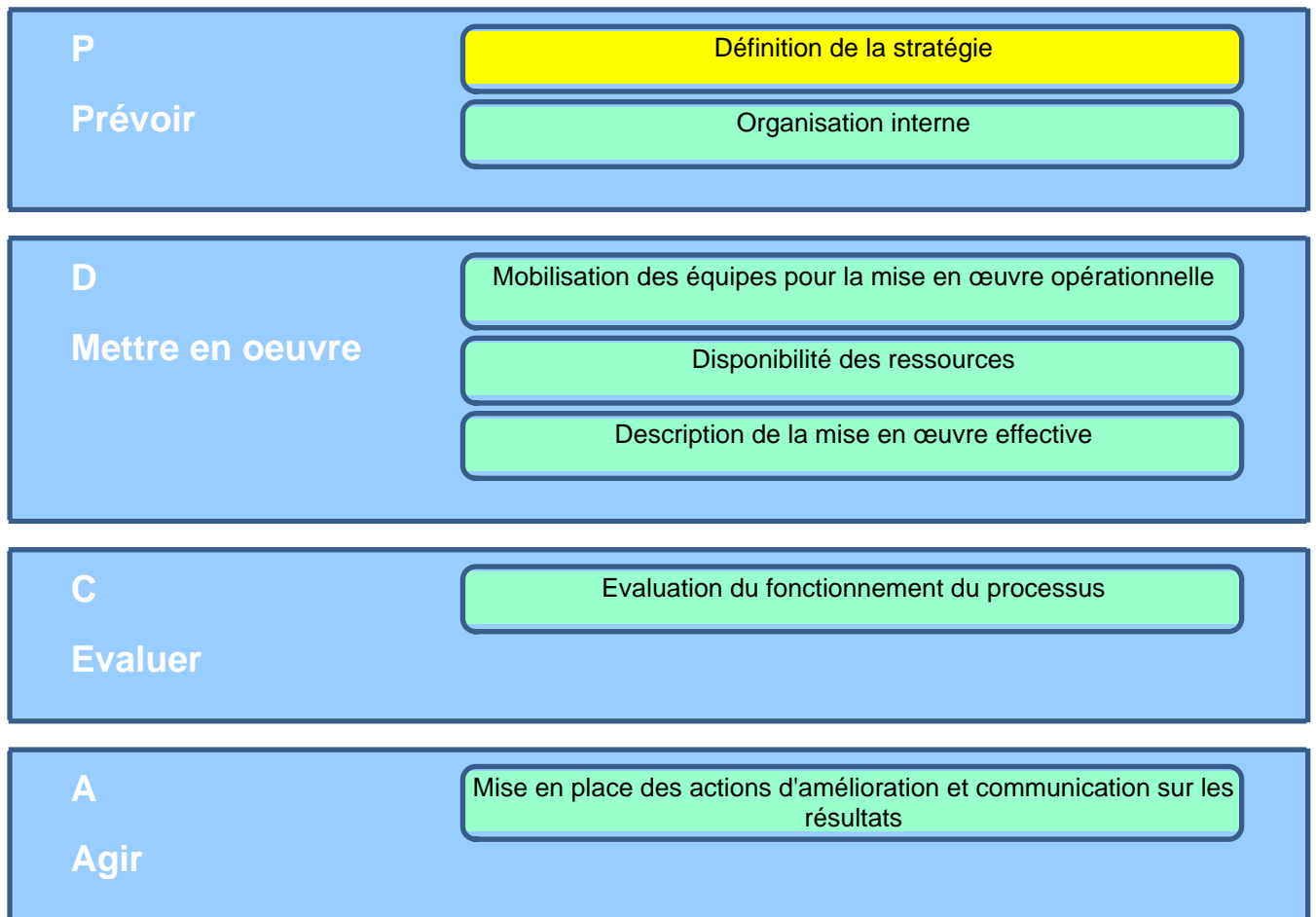
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les instances de l'établissement (CME et COGERI) ont validé au terme d'une procédure participative associant les différentes Commissions et Comités consultatifs un Projet d'Etablissement 2017-2021 qui sera soumis au Conseil d'Administration du Siège et relayé par un CPOM couvrant la même période signé avec le représentant de l'ARS « Hauts de France ».

L'analyse des risques réalisée lors de la préparation du compte qualité, à partir des nombreuses feuilles d'événements indésirables reçues et des observations formulées en réunions de service, a pris en compte le contexte, les missions et la situation propre à l'établissement :

- informatisation du dossier depuis 2013 sur la base d'un logiciel fourni par le Siège
- accès récent de l'établissement à une autonomie de paramétrage de ce logiciel indispensable pour le rendre adéquat aux pratiques médicales et soignantes.
- nécessité pour l'établissement de maintenir simultanément un dossier papier permettant un fonctionnement en mode dégradé.

Il se dégage de l'analyse du compte qualité l'identification de 7 risques principaux et de 7 actions à mettre en œuvre (dont 4 réalisées à la date de la visite).

Le Programme qualité et gestion des risques 2016 intègre 20 actions relatives au dossier du patient. A la date de la visite, 14 d'entre elles sont présentées comme terminées et 3 comme achevées.

Il existe des organisations relatives à l'accès du patient à son dossier (procédure du 4 octobre 2016), à son information ainsi qu'à l'accès au dossier par les professionnels et les autorités judiciaires (procédure du 21 mars 2014). De plus, un certain nombre de règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées : Intégration des Bilans dans le dossier patient ; Intégration des documents dans le dossier informatisé par photo électronique du document papier ; Gestion des Habilitations (Agents) ; Gestion des Habilitations (Intervenants extérieurs).

Cependant, la stratégie du dossier du patient n'est pas déclinée en cohérence avec les orientations stratégiques. En effet, le Projet d'Etablissement 2017-2021 présenté aux experts-visiteurs ne comporte pas de développements spécifiques relatifs aux objectifs et à la démarche stratégique relative au dossier du patient.

On n'y trouve sur ce thème que de brèves mentions dans le projet de soins, dans le projet informatique, dans la conclusion du projet médical et dans celle du Projet d'Etablissement proprement dit.

Par ailleurs, les règles de tenue du dossier (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc.) ne sont pas formalisées et diffusées de façon adéquate et exhaustive. Des règles importantes (composition, délais, confidentialité...) ne sont pas formalisées et l'existence de documents épars et nombreux, rend la lisibilité de l'ensemble difficile. On note l'existence de classeurs « logiciel » qui ne répondent pas aux besoins des utilisateurs de terrain et d'une procédure d'archivage de 2015 (reclassement par IPP) qui décrit une composition type de dossier mais qui n'est applicable qu'aux seules secrétaires médicales.

ORGANISATION INTERNE

Le processus, durant la vacance du poste de Directrice des Soins, a été porté par le Directeur. Une fiche de fonction précise ses attributions à ce titre.

Un groupe de travail mis en place lors de la préparation du Compte Qualité et comprenant l'Ingénieur Qualité, le Gestionnaire du Système local Informatique, le Directeur, le Directeur de Soins ainsi que le Médecin-coordonnateur-Président de la CME, tient une place essentielle dans l'organisation mise en place pour piloter le processus. Tous les intéressés participent au COGERI ce qui permet l'instauration d'une coordination efficace avec les questions d'identité-vigilance portées par l'Ingénieur Qualité et Gestion des Risques.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines (programmes de formation), matérielles (réserves financières pour les équipements en postes et en logiciels) et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient dans les différents secteurs en cohérence avec la démarche institutionnelle est facilitée d'une part par l'engagement des différents professionnels responsables au sein du COGERI, d'autre part par la taille de l'établissement qui se caractérise par des circuits courts.

La non exhaustivité des outils documentaires relatifs à la gestion du dossier patient est compensée par un important travail de formation qui associe des formations groupales organisées en interne sur thématiques ciblées (personne de confiance, accès au dossier patient) et actions opérationnelles de terrain dans lesquelles s'investit le Gestionnaire du Système local Informatique et se déroulent notamment sur les temps de transmission.

La mobilisation des professionnels et la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues est aussi obtenue par la participation de cinq infirmiers à la réalisation d'audits mensuels des dossiers (20 items).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition des professionnels différents outils documentaires nécessaires à la gestion du dossier patient et à son archivage. Les experts-visiteurs ont pu constater, lors des phases de vérification sur le terrain, que les professionnels savaient s'y référer.

Des ressources en matériel nécessaires à l'informatisation du dossier patient sont également disponibles. Chaque salle de soin est équipée d'un poste informatique et l'acquisition d'un second poste est programmée pour 2017 au travers d'un plan d'investissement et de redéploiement du matériel afin de minorer les difficultés d'accès aux postes existants lors des temps d'administration du médicament.

Des moyens sont également accordés de telle sorte que les rangements des dossiers papiers soient effectués de façon adéquate (locaux fermant à clés et armoires sécurisées de rangement des dossiers aux endroits stratégiques, fonctionnalité du local d'archivage situé à proximité du bureau des deux secrétaires médicales).

Le travail de formation a été réalisé, il est entretenu pour les nouveaux arrivants. Les nouveaux arrivants sont formés par leurs pairs dans le cadre d'une organisation de tutorat.

L'établissement a doté les médecins d'un logiciel de reconnaissance vocale qui minore les délais de transmission aux secrétaires médicales des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge.

D'une façon générale, les temps de travail nécessaires à la gestion et à la tenue du dossier patient sont pris en compte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'organisation mise en place permet le respect systématique des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier. Les tableaux de bord présentés en CDU pour les années 2014, 2015 et 2016 en attestent.

Les professionnels, et tout particulièrement ceux du bureau d'accueil chargé des admissions sont sensibilisés à l'importance de l'identité-vigilance, l'établissement ayant travaillé cette question depuis plusieurs années. Les interfaces dossier administratif-dossier patient fonctionnent tant en ce qui concerne le dossier informatique que son reflet papier en cas de fonctionnement dégradé.

Les difficultés originelles rencontrées par l'établissement pour paramétrer le dossier patient ont été levées par le droit qui lui a été accordé par le Siège d'assurer lui-même cette fonction via l'action du Gestionnaire du Système local Informatique.

En dépit des perturbations réseau d'une opération de maintenance hebdomadaire, on fait le constat d'une organisation fluide et d'une réelle homogénéité entre les différents volets d'information médicale (interface administratif, dossier informatisé, reflet papier, éléments de plan de soins objet d'une planification murale, archives en cours de reclassement selon le critère des numéros d'IPP)

Les informations « externes » (résultats d'actes de laboratoire et d'exams de radiologie) sont

correctement intégrées avec un scan systématique dans le dossier informatique et un classement de la pièce originale dans son reflet papier.

D'une façon générale la traçabilité des actions et activités réalisées est assurée au travers du Dossier Patient et les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont intégrés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles afin de favoriser la communication en temps utile du dossier en direction des correspondants externes.

Le Compte-rendu de fin d'hospitalisation est adressé dans un délai moyen de 5,5 jours et par ailleurs d'autres éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge (compte-rendu infirmier d'hospitalisation) sont communiqués. Le temps d'exécution de ces tâches a été évalué à 20 mn.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre de son processus sur la base d'outils identifiés.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs est réalisée ; il en est fait mention dans les rapports annuels de la CDU.

D'autres indicateurs permettent l'évaluation de la gestion du dossier patient.

D'une part, l'établissement participe au recueil des indicateurs transversaux de qualité et de sécurité (IPAQS 2013 publiés : qualité du dossier, courrier de fin d'hospitalisation, suivi du poids / campagne 2015 renseignée mais non publiée à la date de la visite).

D'autre part, il existe une procédure d'évaluation du dossier en date du 21 septembre 2015 qui formalise de façon précise et exhaustive les modalités d'audit par un groupe de 5 infirmiers et de cadres de 15 dossiers clôturés par unité et par trimestre.

Enfin, on note l'introduction progressive d'alertes dans le dossier informatisé pour signaler la présence éventuelle d'items non renseignés.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRU.

On peut citer par exemple citer l'intégration de l'IMC et du périmètre abdominal dans le dossier informatisé.

Des communications sont réalisées :

-restitution par les cadres en réunion de service et en COGERI des résultats des audits sur la tenue du dossier. Les éléments sont repris en CME.

-informations réalisées en CDU

-affichage au public des résultats des indicateurs nationaux et diffusion sur le réseau de télévision interne.

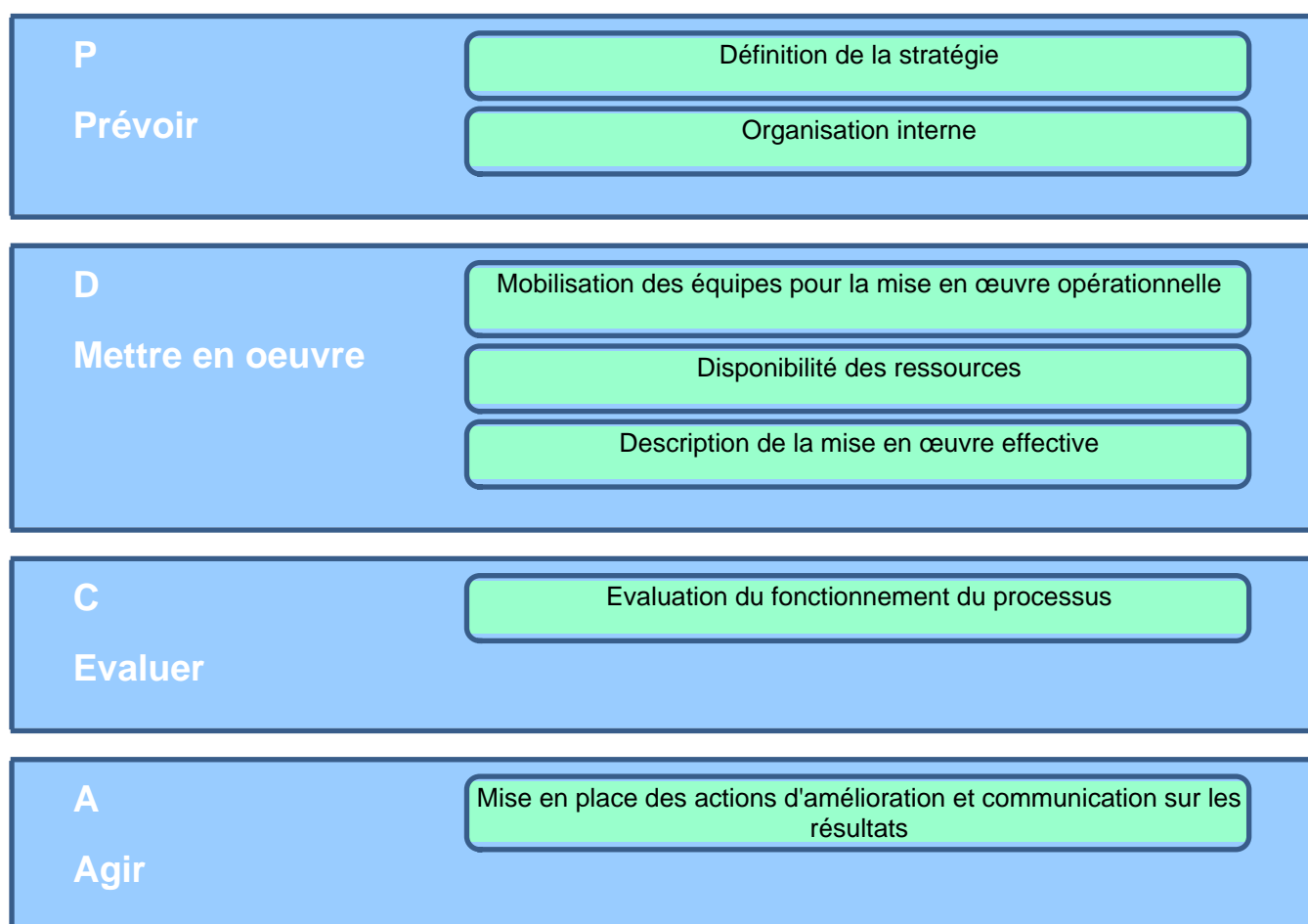
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini la stratégie de sa démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse médicamenteuse.

Il existe des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Ces objectifs tiennent compte des résultats des évaluations internes et de la veille réglementaire. Cette stratégie est validée par les instances de l'établissement.

Le programme de déploiement est formalisé et priorisé. La prise en charge médicamenteuse du sujet âgé est formalisée.

Les objectifs ont été choisis par les professionnels de la pharmacie en collaboration avec le service qualité et le service de soins infirmiers. L'établissement a identifié dans son compte qualité des risques suite à des évaluations internes menées par la PUI et dans les services de soins par les professionnels.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le COMEDIMS est associé à la démarche de sécurisation du circuit du médicament. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est effective. Les règles et supports sont validés pour l'ensemble des prescripteurs.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Le COMEDIMS travaille en interface avec les différentes instances de l'établissement en partenariat avec le service qualité.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagée.

Cependant, l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients n'est pas systématiquement assurée. Il ne peut pas se faire systématiquement par manque de temps de la pharmacienne rencontrée. Le temps pharmacien ne permet pas une analyse pharmaceutique a priori systématique du traitement complet des patients. Celle-ci se fait le plus souvent a posteriori.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à la pharmacie sont établis en déclinaison de la démarche de sécurisation du circuit du médicament et de promotion du bon usage des médicaments.

L'équipe pharmacie, en collaboration avec la direction des soins et le service qualité, sensibilise les professionnels sur les risques identifiés pour le processus. Elle s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux recommandations et à la réglementation et informe les professionnels des résultats et des actions correctives à mettre en œuvre. La pharmacie assure des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses. L'identification des principaux risques du compte qualité concernant la thématique de la prise en charge médicamenteuse a fait suite à l'analyse des résultats des évaluations internes du circuit conduite avec l'ensemble des acteurs concernés. La pharmacie mène régulièrement, et en collaboration avec le service qualité et la direction des soins, des actions d'évaluation et d'amélioration avec mise en place des EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, matériel sont disponibles : l'équipe de la pharmacie est composée d'une pharmacienne à temps partiel et d'une préparatrice en pharmacie à temps partiel. La pharmacie a mené des actions de formation sur la nécessité de déclarer les erreurs médicamenteuses. Les professionnels sont sensibilisés par la pharmacienne au problème posé par l'interruption d'une tâche lors de l'administration de médicament.

Le guide d'antibiothérapie a été actualisé. Le livret thérapeutique est régulièrement actualisé par la COMEDIMS. Le VIDAL est disponible pour les médecins et pharmaciens. Les logiciels de gestion de stock, de prescription, de traçabilité de l'administration sont interfacés.

Les locaux de la pharmacie, les postes de soins dans les services, le local de stockage de la pharmacie de recours sont tous sécurisés.

La maintenance informatique est assurée en interne

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit du médicament est sécurisé dans sa totalité.

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le bon fonctionnement. Le circuit est respecté et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La dispensation individuelle nominative a été mise en place sur l'hospitalisation de jour. La prescription est entièrement informatisée. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie est assurée. L'organisation prévue pour la permanence pharmaceutique est opérationnelle en dehors des heures ouvrables, la nuit, les WE, les fériés. Les pharmacies de services ont une dotation de médicaments régulièrement actualisée en fonction des besoins.

Une dotation de recours est à disposition dans les armoires à pharmacie des unités de soins. Les produits empruntés sont tracés et signalés à la pharmacie pour réassort.

L'accès à la pharmacie est sécurisé, et est donc impossible pour toute personne non habilitée.

Les conditions d'administration personnalisées du médicament permettent de s'assurer de la prise par le patient dans l'ensemble des unités de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la sécurisation du circuit du médicament sur la base d'outils identifiés. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux de bord comparatifs avec les résultats des années précédentes. La pharmacie évalue en continu sur la production et le contrôle des piluliers.

Des audits périodiques (tous les deux ans) ainsi que des audits croisés sur l'ensemble du circuit du médicament sont réalisés.

Des EPP sont également engagées concernant la prescription médicamenteuse.

Le suivi des erreurs médicamenteuses est assuré via le dispositif de signalement des événements indésirables.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Elles sont suivies à travers l'analyse d'indicateurs de résultats.

La communication des résultats est assurée en interne auprès des professionnels. Les résultats des audits sont présentés aux différentes instances de l'établissement.

Des plans d'actions sont mis en place à l'issue de ces évaluations. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réajusté en fonction des actions réalisées, nouvelles ou reportées.