



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ETABLISSEMENT SSR LA
MENAUDIÈRE - GROUPE
MGEN**

**2 allée de la ménaudière
Bp 30009
41401 MONTRICHARD
AVRIL 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

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 objectif 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

C SSR LA MENAUDIERE	
Adresse	2 allée de la ménaudière 41401 MONTRICHARD
Département / région	LOIR-ET-CHER / CENTRE
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	750005068	MGEN ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	3 square max hymans 75015 PARIS 15
Etablissement de santé	410000442	C SSR LA MENAUDIERE	2 allée de la ménaudière Bp 30009 41401 MONTRICHARD

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	94	5

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	/	SSR polyvalent	/	Programmé	Complexe	SSR
2	/	Affection de l'appareil locomoteur	/	Programmé	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

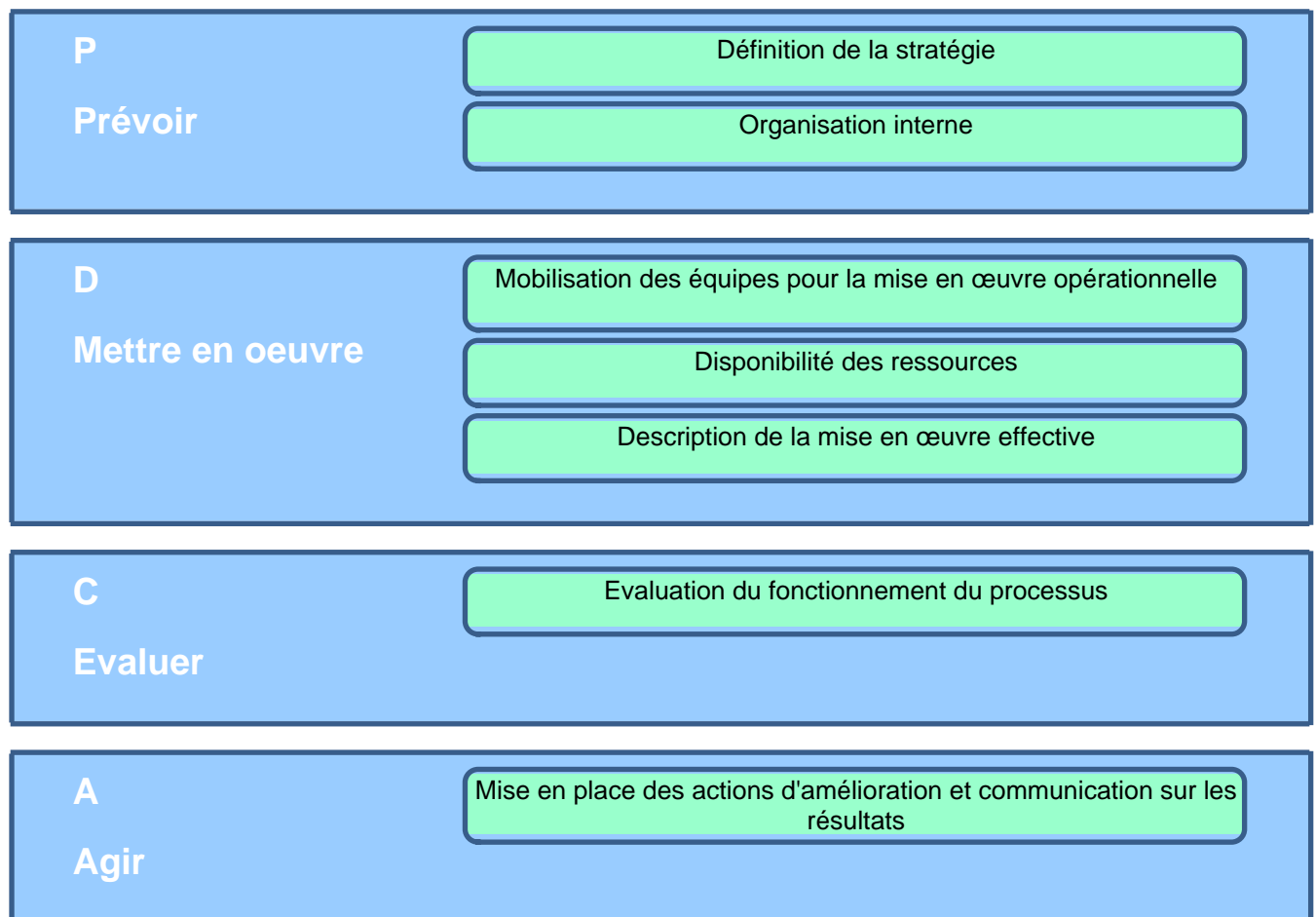
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La démarche de certification V2014 concerne le CSSR La Ménaudière faisant parti du groupe MGEN, dont les missions et autorisations sont identifiées dans les orientations régionales du CPOM et les orientations stratégiques de la MGEN. Le CSSR La Ménaudière dispose d'une autorisation d'activité en SSR polyvalent (personnes âgées), et de mentions spécifiques pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, des affections du système nerveux et des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens. La prise en charge des patients peut être réalisée soit en hospitalisation complète (94 lits), soit en hospitalisation de jour (5 places). L'activité est répartie sur trois niveaux, l'hospitalisation complète sur les 1er et 2e étage et les 5 places de l'hôpital de jour au rez de chaussée à proximité du plateau technique et de la balnéothérapie.

L'établissement pour identifier ses risques a utilisé les données issues : de la réglementation, de l'analyse des risques à priori en élaborant une cartographie des risques, et une carte d'identité par processus, en tenant compte du bilan des événements indésirables, des CREX, des EPP, des patients traceurs, et des indicateurs Hôpital numérique. Cinquante six réunions de travail, réunissant 60 professionnels autour de douze thématiques, ont permis la réalisation d'un cartographie des risques a priori, de les hiérarchiser et les prioriser dans le compte qualité.

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, fait partie du document "Manuel de la qualité et des risques" rédigé en octobre 2017 et approuvé par le Président de la Conférence Médicale de l'établissement (CME), le 23 novembre 2017. Cette politique comprend 4 axes d'amélioration auxquels viennent s'ajouter des actions d'amélioration. Les actions sont déclinées dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, issues de la réglementation (veille sanitaire et vigilance), la cartographie des risques a priori, la revue des fiches d'événements indésirables (notamment des dysfonctionnements majeurs et récurrents, le bilan des instances et de leurs programmes, le résultats des évaluations des pratiques professionnelles, les différents audits, les enquêtes et résultats des visites d'inspections, et la comparaison entre les établissements du groupe. Le service qualité a, en concertation avec les professionnels, élaboré le compte qualité lors des groupes de travail. Les risques retenus sont ceux dont la criticité résiduelle est la plus élevée. L'échelle utilisée est celle proposée par la HAS. Les actions d'amélioration issues du compte qualité, sont intégrées dans le PAQSS institutionnel qui est unique. Le programme d'amélioration de la qualité est suivi par le responsable qualité, lors des réunions du comité de pilotage qualité. Le PAQSS est régulièrement alimenté par les actions découlant des événements indésirables, des audits et contrôles.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel de la démarche est confié à la directrice et au président de la CME, le pilotage opérationnel revient au responsable qualité. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la cadre de santé, en conformité avec le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010. Ses missions sont définies dans une fiche de poste qui précise, le temps dédié et les liens fonctionnels et hiérarchiques pour assurer la fonction. Les rôles et les responsabilités des professionnels et des pilotes en matière de qualité et sécurité sont définis et précisés dans des fiches de poste. Les ressources nécessaires sont identifiées, en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les entretiens annuels contribuent à la détermination des besoins en formation et à la conformité des pratiques. Les formations validées sont reprises dans un plan de formation annuel unique. Le plan de formations 2017 est structuré par processus, il comprend des formations internes et externes, entre autre sur le thème de la culture qualité et sécurité des soins (19 personnes), management de la qualité et des risques (5 personnes). La formation des nouveaux arrivants est assuré en interne par un dispositif spécifique sous forme de diaporama, d'accompagnement (visite de l'établissement et de son environnement) et de tutorat par les professionnels accueillants les nouveaux salariés. Le dispositif de gestion documentaire est informatisé, opérationnel et connu des professionnels. les documents utiles aux professionnels dans leur quotidien et à titre d'information sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire. Le manuel de la qualité et des risques précise que les documents de la gestion documentaire seront actualisés a minima tous les 4 ans. La gestion des fiches d'événements indésirables, est organisée dans le manuel qualité et par une procédure spécifique. La direction favorise la déclaration des événements indésirables par une charte d'engagement à la déclaration. Une cellule d'analyse se réunit toutes les semaines. Quinze professionnels ont été formés à l'analyse des causes profonde par la méthode ORION. Le comité de retour d'expérience s'est réunit deux fois en 2017 pour l'analyse de trois fiches. Les situations de crise sont prévues et leur gestion organisée par un plan blanc tenu à jour et par la procédure cellule de crise, qui a été déclenchée 3 fois en 2017, pour des motifs internes au centre. Les maintenances et travaux sont suivis par la direction et permettent de répondre au besoin en matériel et équipements. Les équipements bio médicaux (ECG, défibrillateur, balance) sont

gérés par la cadre de santé, les maintenances préventives et curatives obligatoires sont organisées et réalisées par des prestataires externes. Un plan d'investissement pluri-annuel permet de répondre aux besoins en travaux ou en achats. Le système d'information assure une disponibilité des informations nécessaires aux professionnels. Il est sécurisé et maintenu par des prestataires externes. Les circuits et interfaces sont opérationnels entre les différents secteurs ; cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. La coordination avec les vigilances (matéiovigilance, pharmacovigilance et identité vigilance) est assurée par le copil qualité, dont les responsables en sont membres. Le déploiement et la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnels (EPP) institutionnels sont organisés et font partie de la stratégie de la CME et des orientations du centre. Le tableau de bord des EPP permet d'avoir la connaissance de l'état d'avancement des mesures d'impact des EPP, peu de nouvelles EPP les anciennes sont maintenues et suivies.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le responsable qualité et la cadre de santé se sont saisis des enjeux liés au management de la qualité et organisent la communication auprès des professionnels de l'établissement (réunion de service, transmission et 1/4h qualité). Le programme d'action institutionnel (PAQSS) est décliné d'une manière homogène sur l'intégralité du centre. Le responsable des soins, avec l'appui des référents dont la liste est affichée dans les services (dossier patient, douleur, nutrition, hygiène, bientraitance, etc...) sensibilisent les professionnels, soit à l'occasion de réunion "sensibilisation" avec présentation d'un diaporama, soit lors du ¼h qualité, des réunions de service (une par trimestre), soit au moment des transmissions, soit par oralité. Le responsable qualité et gestion des risques, assure l'accompagnement méthodologique de la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Un dispositif d'évaluation périodique est organisé, sous forme d'audit, en lien avec les équipes de terrain pour s'assurer de la conformité des pratiques. La réalisation d'audits permet d'évaluer l'efficacité des actions et la conformité des pratiques. Si besoin des actions correctives sont mises en œuvre en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion des compétences est organisée lors des entretiens annuels. Les formations inscrites au plan de formation interne et externe ont été réalisées. Les professionnels concernés ont bénéficié de formations sur la gestion des risques, ainsi que sur la démarche qualité liée à la certification, entre autres. L'établissement procède à l'intégration des nouveaux arrivants en organisant son adaptations au poste de travail, avec notamment une visite des locaux, de la sécurité incendie, une présentation du DPI, de la gestion documentaire, du circuit de la déclaration des EI et du médicament, de la procédure AES, du respect des droits des patients et de la procédure sur l'identité vigilance. Un diaporama est présenté au nouvel arrivant. L'établissement participe à la semaine de la sécurité des soins en 2015 et 2017 (chambres des erreurs). Les documents sont disponibles (veille réglementaire, bonnes pratiques, dispositions légales, procédures et protocoles). Les professionnels ont accès aux documents via la gestion documentaire informatisée, ils sont actualisés tous les 4 ans. Les équipements et matériels, outils informatiques sont disponibles. Un programme de maintenance est déployé. L'établissement met à disposition des comités, instances et groupes de travail les ressources humaines et matérielles nécessaires au déploiement du processus.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'étude des patients traceurs, les entretiens avec les professionnels et les visites des services du centre, ont montré la mobilisation, des équipes rencontrées, et l'implication dans leur démarche de gestion des risques liés au patient. Les risques inhérents aux spécificités des prises en charge, et aux risques particuliers qu'ils rencontrent sont connus des professionnels. Les objectifs poursuivis par les actions d'amélioration du PAQSS, sont suivis par les professionnels qui participent à des groupes de travail, (Comité de REpour d'EXpérience (CREX), douleur, bientraitance, identité). Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu, ainsi que la procédure de gestion des événements indésirables. En association avec les professionnels, le service qualité évalue la gravité et la fréquence de l'événement déclaré lors de CREX. Le dispositif de gestion des événements indésirables est utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il permet leur déclaration et en facilite l'analyse, le retour et l'analyse statistique (nombre de de déclarations 372 en 2017, 429 en 2016). Le CREX s'est réuni deux fois en 2017, il examine les fiches sélectionnées en fonction de leur gravité, et analyse des causes profondes par la méthode ORION, par des professionnels formés. Les comptes rendu des CREX sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. L'exploitation des plaintes et réclamations est conforme aux attendus, elle implique les professionnels, et permet une réponse dans les délais réglementaires. La gestion des plaintes et réclamation est articulé avec celle des événements indésirables. Le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est déployé avec un taux de retour d'environ 60%. Les résultats sont présentés en CDU (rôle, composition, fréquence des réunions sont conformes à la réglementation). La CDU présente des recommandations qui contribuent à l'élaboration du PAQSS. La participation des équipes à la mise en oeuvre des actions d'amélioration est effective suite aux déclaration des événements

indésirables, aux dysfonctionnements, aux résultats des EPP et des CREX.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure annuellement l'évaluation et le suivi de son programme d'action qualité et sécurité des soins. A chaque réunion du pilotage qualité le programme d'action est actualisé. L'établissement organise les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les audits, enquêtes de satisfaction, et suit le tableau des indicateurs sur la base des indicateurs nationaux, et propres à l'établissement. Des indicateurs ont été définis en cohérence aux risques identifiés, Ils sont suivis par le service qualité et permettent d'alerter les professionnels sur les seuils des points critiques. Le processus qualité gestion des risques est également évalué par le biais des audits patients traceurs réalisés, des audits. Un rapport d'activité du processus management qualité gestion des risques est réalisé chaque année par le responsable qualité. Les représentants des usagers ont été sollicités pour participer à la démarche qualité. Ils ont été tenus informés lors des réunion de la CDU. Les représentants des usagers participent aux réunions sur la douleur (CLUD), et sur les infections associés aux soins (CLIN).

A / AGIR

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

Le programme institutionnel (PAQSS), est révisé à chaque réunion du Comité Qualité. Il prend en compte les résultats des évaluations, le cas échéant de nouveaux objectifs d'amélioration sont définis. Des supports et modalités de diffusion sont établis. la communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels (réunions institutionnelles et de service, et par voie d'affichage), et auprès des usagers via la Commission Des Usagers (CDU). La CDU est informée de façon régulière sur l'évolution de la démarche. Les indicateurs en dessous du seuil font l'objet d'une mobilisation des professionnels, notamment sur l'indicateur de lavage des mains (ICSHA) C en 2016, et l'indicateur courrier de sortie B.

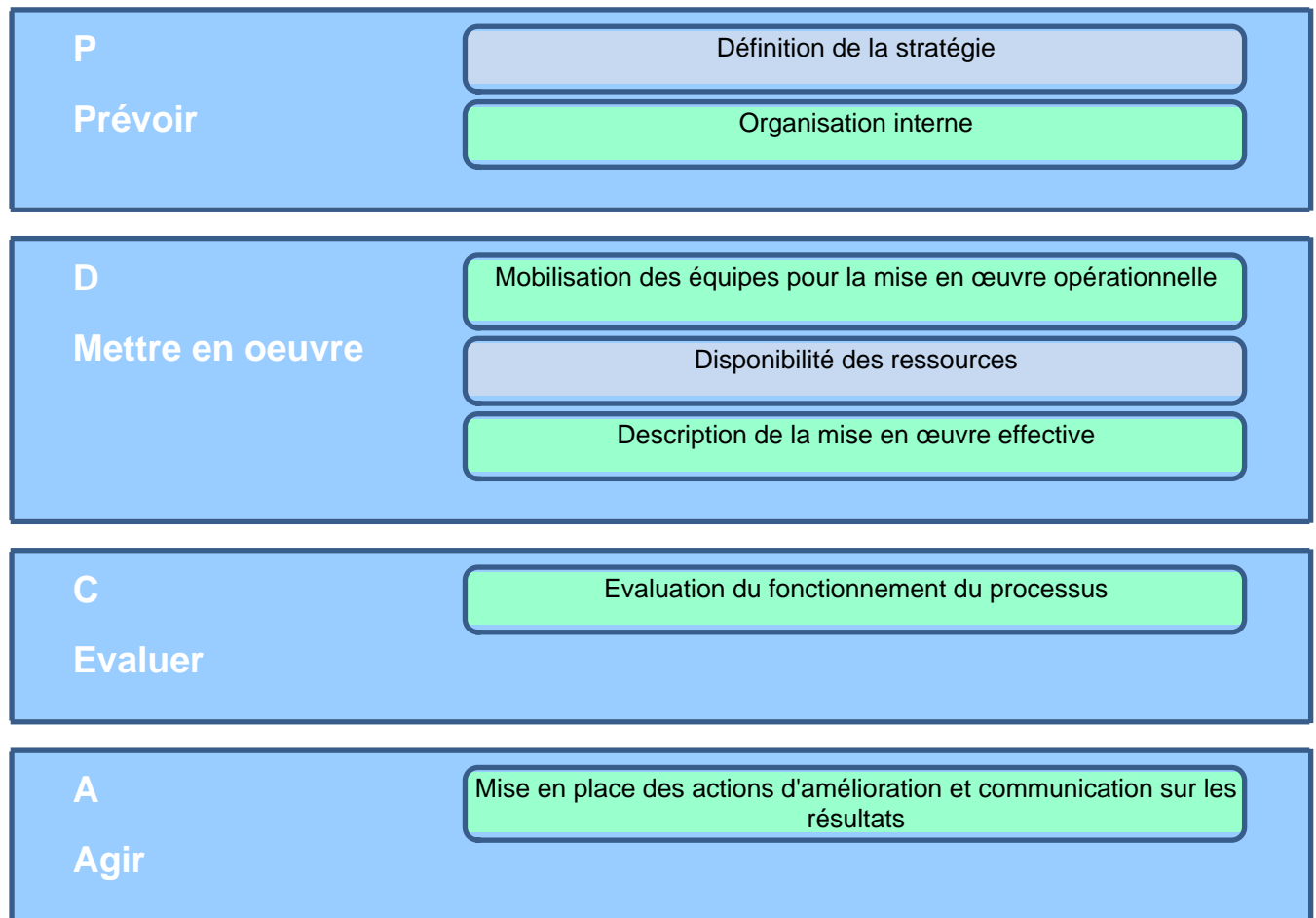
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CSSR La Ménaudière a défini sa stratégie des droits des patients, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques, à partir des orientations nationales de la MGEN et la note stratégique de l'établissement. Cet axe stratégique comporte trois objectifs d'amélioration issus des données de l'analyse des risques. Les mesures de traitement des risques sont mises en œuvre, est déclinées dans un programme d'actions institutionnel formalisé et déclinée en mode projet (priorisation, pilotage et responsabilité, échéancier et suivi de la mise en œuvre). L'identification des risques prend en compte le recueil des événements indésirables, l'analyse des réclamations, les recommandations des représentants des usagers. Les risques principaux identifiés dans le compte qualité, sont extraits de la cartographie des risques. Le groupe de travail processus dédié aux droits des patients a procédé à leur hiérarchisation et les a priorisé dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus des droits des patients, le pilote médical est le médecin généraliste en charge des patients du 1er étage, le pilote non médical est la directrice. La composition de la Commission des Usagers est conforme à la réglementation, elle comprend la désignation de médiateurs médicaux et non médicaux. Le centre de la Ménaudière a mis en place un comité de réflexion éthique et bientraitance, il s'est réuni deux fois en 2017. Les rôles et les responsabilités sont définis, cela permet au centre de conduire sa politique des droits des patients.

Cinquante trois professionnels (direction, administratifs, logistique et soignants) ont suivi une formation en 2017 sur la Bientraitance. La formation pour les nouveaux arrivants et assurée sous la forme d'un tutorat / diaporama. L'architecture du centre permet, de garantir l'intimité des patients lors des soins d'hygiène, par un nombre important de chambres individuelles, les six chambres doubles disposent d'un rideau séparateur. Les documents utiles au processus sont informatisés. Ces procédures sont en place (accueil patient, fiche personne de confiance, livrets d'accueil). Les procédures d'accueil personnalisé et de soutien de l'entourage des patients ont été élaborées pour les situations qui le nécessitent, notamment pour les patients en soins palliatif. Les modalités de signalement des cas de maltraitance et du recueil de la volonté du patient et des directives anticipées sont définies et diffusées dans les livrets d'accueil. Le centre met à la disposition des patients le livret MGEN national qui comprend des informations sur les droits des patients et le livret propre au centre pour les informations sur l'accès du patient à son dossier entre autre.

L'organisation relative à l'information donnée au patient sur son état de santé et les soins proposés ainsi que l'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins et de l'annonce d'un dommage lié aux soins, sont définies.

Les patients sont informés de leurs droits par le livret d'accueil qui leur est remis lors de leur admission. L'information donnée au patient est complétée lors de l'accueil dans le service par les soignants. Tous les vendredis, la Directrice organise une réunion d'accueil pour les patients nouvellement arrivés; leurs présente le centre, les livrets d'accueil et répond aux questions.

La confidentialité des données personnelles du patient est assurée : local des transmissions fermant à clé, chariot des dossiers patients fermé, écran des ordinateurs mis en veille et écran filtrant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels se sont saisis des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits du patients. La cadre de santé et le responsable qualité sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques identifiés et informent les professionnels des résultats des évaluations au cours des réunions de service, des instances et des réunions de synthèse et des 1/4 h qualité. Des sessions de sensibilisation sur le thème droit et information des patients sont dispensées à l'attention des professionnels. Les responsables s'assurent de la conformité du respect des droits du patient. Ces conformités portent sur l'ensemble des aspects relatifs aux droits des patients, notamment sur, la gestion des restrictions de liberté, les situations de maltraitance, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins et la confidentialité. La mise en place d'outils communs, comme la gestion documentaire, et le livret d'accueil favorisent cette sensibilisation. La présence de personnes ressources (cadre de santé, responsable de service, référents), et la culture de l'oralité facilitent la concertation entre

professionnels et entre les services. Chaque service met en œuvre les actions d'amélioration des droits des patients prévues au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des actions spécifiques à son activité (prescription en cas de contention, de restriction de liberté dans les cas d'isolement), l'organisation est assurée et l'information donnée au patient et à son entourage. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration des droits des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence (effectifs, formation) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. En cas de besoin, il peut être fait appel au recours d'assistante sociale, de psychologue ou d'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs par convention avec l'hôpital de Blois. Les professionnels participent et mettent en œuvre la thématique « droits des patients » (accueil, prise en charge dans les services, organisation de la sortie, etc.). La majorité des professionnels sont formés à la démarche. Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus, ils permettent la réalisation de l'activité en fonction des autorisations et la prise en charge des patients. Des documents spécifiques (personne de confiance, dommages liés aux soins, modalités de signalement des cas de maltraitance), des guides de bonnes pratiques, des notices d'information et des affiches sont disponibles à l'attention des patients et des professionnels. Tous les documents sont actualisés en tant que de besoin, selon la procédure de gestion documentaire figurant dans le manuel qualité et risques. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par des audits, et évalue la conformité de la traçabilité effective : de la douleur de la personne de confiance et des directives anticipées, du recueil du projet thérapeutique, de respect des prescriptions pour la contention, et l'information du patient et de son entourage sur le projet thérapeutique du patient. L'accueil des proches et de l'entourage est favorisée en cas de besoin (horaires de visite adaptés, lit d'appoint). Les équipes ont accès aux résultats des enquêtes et audits par la diffusion dans le système documentaire informatisé. Les indicateurs nationaux et propres à l'établissement sont affichés et diffusés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les protocoles de soins relatifs aux droits des patients sont connus et appliqués par les professionnels. Les observations réalisées lors des patients traceurs, et lors des entretiens et des rencontres avec les professionnels, confirment l'effectivité de la mise en œuvre du dispositif. Les chartes de la clinique et du groupe sont affichées et appliquées. Les équipes informent les patients sur leurs droits lors de l'entretien d'entrée et lors de la remise des livrets d'accueil. Tous les vendredis la Directrice réunit les patients nouvellement arrivés, elle les informe sur les règles de fonctionnement et de vie dans le centre.

Les soins, notamment les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont en place et les modalités de signalement des cas de maltraitance figurent dans une procédure. Les situations de cas de maltraitance propres au centre ont été identifiées et permettent aux professionnels d'être dans la prévention. Les modalités de partage des informations relatives au patient se font dans le respect de la confidentialité. Les libertés individuelles sont respectées, le consentement du patient est systématiquement recherché et tracé. La contention est prescrite et tracée. La réévaluation de la prescription de contention est effective, elle a été constatée lors de la visite des deux étages d'hospitalisation.

Les pratiques de privation de liberté (mise en isolement, contention) sont rares. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'accès de l'entourage au secteur d'hospitalisation est facilité avec possibilité d'hébergement de nuit. La réflexion bénéfice/risques et la recherche du consentement du patient font l'objet d'une concertation entre équipes, intégrées dans le projet thérapeutique. Les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur. Les interfaces entre services sont opérationnelles.

La CDU se réunit 4 fois par an et les représentants des usagers sont présents au CLIN, CLUD, et ont participé à une réunion sur la thématique droits des patients.

L'étude des dossiers des deux patients traceurs confirment que la traçabilité relative aux éléments concernant le respect des droits des patients est assurée : les consentements, la personne de confiance, le livret d'accueil, l'information du patient en cas de dommage liés aux soins, douleur, est assurée.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des usagers par le livret d'accueil, et notamment son droit d'accès à son dossier.

L'information des patients est complétée, par les réunions du vendredi où la directrice réunit les patients nouvellement admis. elle leur présente l'établissement, le livret d'accueil et répond aux questions.

Les spécificités des patients pris en charge sont prises en compte, La personne démunie, identification et signalement à l'assistante sociale, avec un accompagnement.

Les patients nécessitant un programme d'éducation thérapeutique du patient obèse et du patient diabétique, bénéficient de ces programmes.

Les professionnels rencontrés en cours de visite connaissent les risques et les objectifs en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis dans leurs services et les mesures pour les atteindre. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats (réunions de service, réunion de synthèse). Des actions correctives sont mises en place en cas de non maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés. Les résultats sont communiqués aux professionnels et à la CDU.

Le centre participe à la semaine « sécurité des soins » et à mis en place « une chambre des erreurs ». Les résultats de cet audit de pratique, à destination des professionnels, figurent dans le gestion informatisée des documents.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sur la base d'enquêtes ou d'audits. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits des patients sont assurés régulièrement par le responsable qualité et les responsables des services de soins et de rééducation, sur la base d'indicateurs. Les résultats sont diffusés aux responsables et aux professionnels par voie électronique. Le rapport annuel de la Commission Des Usagers présente une évaluation des droits des patients basée sur plusieurs types d'enquêtes (retour des questionnaires de sortie, recueil des délais de transmission des demandes de dossier, réponses aux courriers des réclamations). Une évaluation des pratiques professionnelles sur la bientraitance débutée en 2009 est toujours en cours, elle est définie en continue.

A / AGIR

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

L'exploitation des résultats des évaluations sur le thème des droits des patients permet l'identification d'actions correctives, elles alimentent le programme d'action qualité et font l'objet d'un plan de suivi (réfèrent de l'action, échéance et résultat). L'établissement a engagé des actions d'amélioration relatives aux droits des patients inscrites en terme d'objectifs 2017 et intégrées au programme d'action, Celles ci sont en majorité mises en œuvre et réalisées au moment de la visite de certification. Les résultats des évaluations sont diffusés auprès des professionnels et auprès des instances par les outils de communication interne (comptes rendus, la lettre qualité). Le suivi des actions d'amélioration au comité qualité a conduit à réexaminer les risques, les objectifs et les éventuelles mesures complémentaires.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

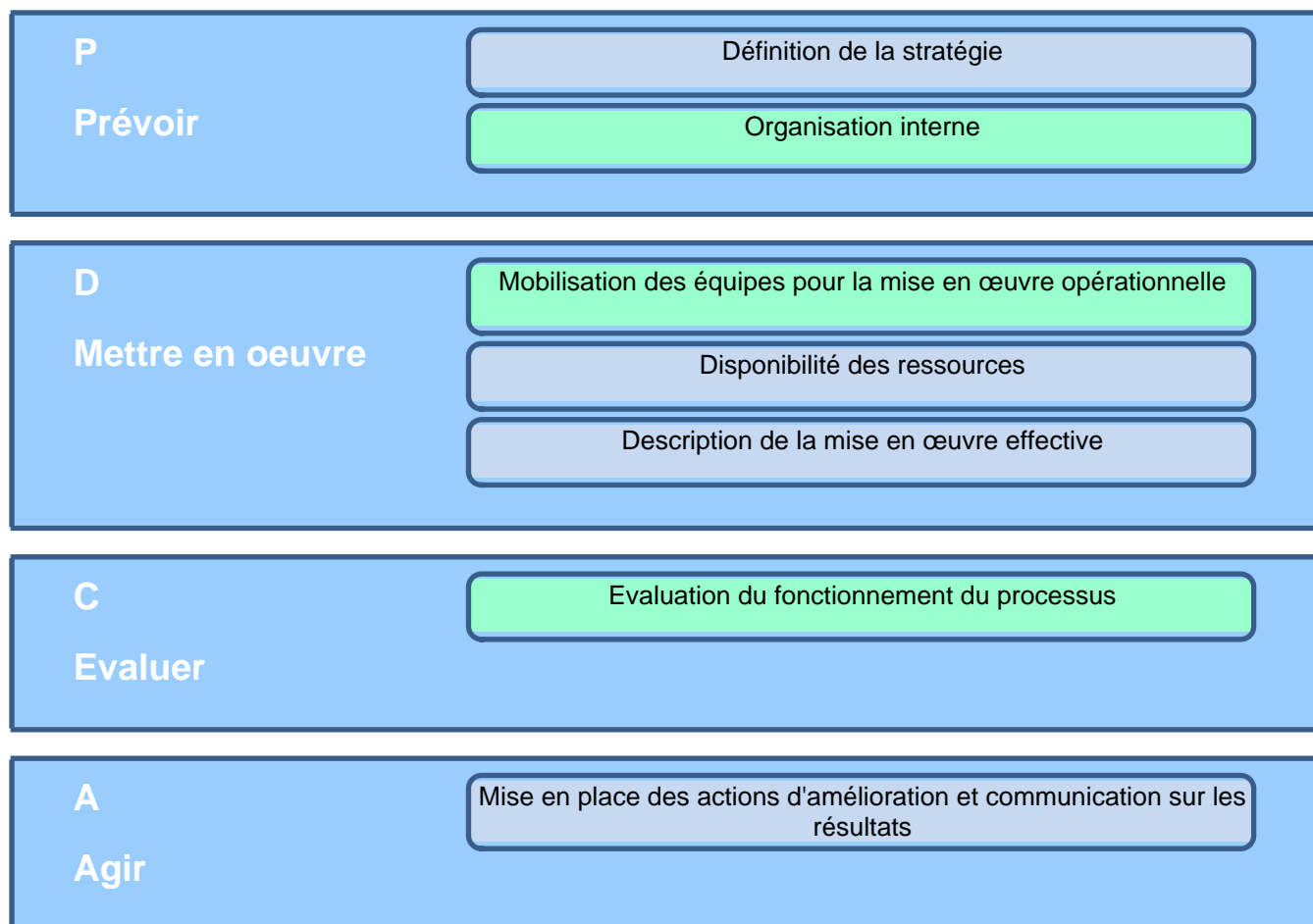
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de prise en charge du patient repose sur une identification des besoins et une analyse des différents risques inhérents à l'établissement. Cette stratégie tient compte des différents profils de patients accueillis, des priorités nationales et régionales, des engagements pris dans le cadre du CPOM et du projet médical de territoire. Elle définit les orientations en matière d'organisation des principaux parcours, de coordination des acteurs, de développement et de consolidation d'activité : développement de l'hôpital de jour, ouverture de places de rééducation/réadaptation gériatrique, ouverture d'un centre de soins, développement de la télémédecine, création d'une équipe mobile d'évaluation et de rééducation, développement du plateau technique d'évaluation en réadaptation, coopération avec les autres structures par conventions et dans le cadre de réseaux, optimisation du parcours patient avec les structures d'aval. Les orientations ainsi que les objectifs d'amélioration sont déclinés dans le projet d'établissement en cours de finalisation en concertation avec la CME. Ils ont été présentés aux instances et diffusés aux professionnels. Les mesures de réduction des risques sont mises en oeuvre selon une méthodologie établie. Elles sont adaptées aux données issues de l'analyse des besoins en cohérence avec les résultats des indicateurs, les retours des certifications, les revues de processus ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les priorités d'amélioration sont intégrées au compte qualité et au programme qualité. Le programme précise, pour chaque action, les responsabilités, les modalités de suivi et de communication.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage du parcours patient repose sur la directrice de l'établissement, la cadre de soins, le président de la CME. Les missions, la composition et le mode de fonctionnement sont définis dans les fiches de missions des pilotes. En lien avec la cellule qualité, les pilotes s'assurent de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication. L'organisation des prises en charge prend en compte les différentes étapes du parcours de l'accueil à la sortie des patients pour chaque secteur d'activité, plateau technique et service de balnéothérapie compris. Compte tenu des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences qualitatives et quantitatives nécessaires au fonctionnement des services et aux évolutions. Le plan de formation prend en compte l'adaptation au poste, le développement des compétences et la professionnalisation. Un programme pour les nouveaux arrivants est en place. L'organisation soignante prévoit les temps d'échanges nécessaires à la qualité de la prise en charge (réunions pluridisciplinaires, organisation des temps de présence et des remplacements des soignants médicaux et paramédicaux pour faciliter la continuité et la coordination des soins). L'établissement renouvelle si besoin les différents équipements mis à disposition des professionnels (contrats externes, locations, programme de maintenance interne). Les locaux et équipements sont adaptés aux besoins des patients. Les ressources documentaires (protocoles, procédures) sont communes et établies pour les différents services. Les besoins en supports d'information sont identifiés et disponibles dès l'accueil: identitovigilance, directives anticipées, chartes, livret d'accueil. L'éducation thérapeutique repose sur deux programmes reconnus par l'ARS : prises en charge du diabète et de l'obésité. Les professionnels disposent d'un récapitulatif des démarches d'éducation en place dans la région. Des actions d'éducation thérapeutique ciblées sont organisées (clinique de positionnement, soins au patient stomisé, prise en charge de la douleur). Les besoins en système d'information sont identifiés. Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation des professionnels en intra et extra hospitalier. En externe, des conventions de partenariat sont signées. Les coopérations inter établissements sont renforcées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilotage du processus a mobilisé les acteurs de terrain pour chaque étape du parcours patient, de l'accueil jusqu'à la sortie. L'adhésion des équipes est favorisée par des séances d'informations lors des réunions de service et par des participations à des groupes de travail. Des référents sur les thématiques transversales sont identifiés et participent aux démarches d'amélioration qualité et sécurité. Les équipes participent à l'élaboration de protocoles, aux démarches EPP et patients traceurs. L'encadrement des services s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. En cas de dysfonctionnements, il encourage les équipes au signalement par une culture positive de l'erreur. Les équipes ont un accès systématique aux analyses des fiches d'événements indésirables et des questionnaires de satisfaction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en place tant en termes d'effectifs que de formation. L'encadrement veille à la bonne adéquation des ressources. Le système de garde et d'astreinte afin d'assurer la permanence des soins est opérationnel. Les référents douleurs, nutrition, hygiène, plaies et cicatrisation, équilibre/marche interviennent dans les services. L'établissement dispose de compétences spécifiques telles que psychologue, diététicienne, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, moniteurs APA, maître nageurs, assistante sociale, DIU soins palliatifs, formateurs PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique), socio-esthéticienne, orthophoniste, podologue, orthoprothésiste, stomathérapeute ... Le recours à des consultations spécialisées est organisé: psychiatrie, passages hebdomadaires d'un endocrinologue, de l'équipe mobile de soins palliatifs s'il y a lieu, consultations externes des hôpitaux de proximité.

Les professionnels ont bénéficié de formations aux soins palliatifs, à l'éducation thérapeutique, à la bientraitance, aux droits du patient, à la prise en charge de l'urgence vitale (AFGSU), plaies et cicatrisation, risque suicidaire, communication de la personne âgée, troubles de la déglutition... Des formations et sensibilisations en interne sont également dispensées. Des journées nationales d'information sont organisées.

De nombreuses procédures et fiches techniques sécurisent les pratiques quotidiennes pour chaque étape du parcours. Les professionnels accèdent à la documentation grâce au système de gestion documentaire actualisée et accessible dans chaque poste.

Les matériels, locaux et équipements sont adaptés, entretenus et renouvelés en tant que de besoin. Le matériel spécifique identifié comme nécessaire est mis à disposition (matériel biomédical, fauteuils roulants, lève personne, matériel de transfert, matelas anti escarres, équipements de rééducation et réadaptation, etc.). Le matériel d'urgence vitale est disponible dans chaque secteur. En cas de panne d'un dispositif, les professionnels disposent de matériel de prêt pour certains équipements. Des documents d'information et de conseil à destination des patients sont disponibles : livret d'accueil, supports éducatifs, affiches. Le matériel informatique répond aux besoins des utilisateurs sur les plans de l'ergonomie et de la disponibilité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain et les audits patient traceur ont confirmé que les équipes connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les tableaux de permanence des soins sont affichés. Le système d'astreinte des praticiens est opérationnel.

L'établissement a décrit dans sa carte d'identité du processus, le parcours type des patients afin de réaliser une prise en charge optimale.

La plupart des demandes d'admission sont effectuées via le logiciel Trajectoire. L'accueil est adapté aux différentes situations. Les règles d'identitovigilance sont appliquées dès l'admission. Le livret d'accueil est présenté par l'équipe soignante ou par la directrice chaque vendredi après-midi. La prise en charge du patient résultant d'une évaluation initiale, est réalisée dans un délai compatible avec ses besoins. Les données des courriers adressés sont prises en compte. Un recueil de données infirmier avec évaluation des risques spécifiques est réalisé (escarres, chutes, dénutrition, douleur, risque suicidaire, handicap). L'ergothérapeute rencontre tout nouveau patient pour évaluation et mise à disposition d'aides techniques. L'observation médicale est notée dans le dossier informatisé du patient (DPI). Le projet de soins personnalisé, concerté, intégrant au besoin la réflexion bénéfico-risque est tracé et réévalué lors des synthèses pluridisciplinaires. Le projet de prise charge des patients est articulé avec les activités de soins de suite et de réadaptation.

Les paramédicaux interviennent sur prescription médicale ou à la demande de l'équipe et du patient, ce qui est le cas pour la psychologue.

Un planning d'activités est réalisé par les professionnels du plateau technique. Les personnes appartenant à des populations spécifiques sont identifiées et bénéficient d'une prise en charge adaptée avec des espaces et /ou du matériel adéquat (personnes âgées, obèses, fin de vie...). En cas de besoin, le service social est sollicité. L'éducation thérapeutique est développée.

La prise en charge de l'urgence vitale est organisée (procédure connue des professionnels, formations aux gestes d'urgence, numéro d'appel connu, matériel opérationnel et contrôlé, exercices de simulation en balnéothérapie...).

Les délais de transmission des résultats d'examen sont compatibles avec la prise en charge du patient. En cas de demande d'examens radiologiques spécialisés, le patient est transféré dans son service d'origine.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont fonctionnels.

Les règles d'accès en balnéothérapie sont appliquées: circuit, hygiène, contrôles bactériologiques, température et qualité de l'eau, contre-indications, évaluation bénéfique risque avant toute séance, prescription médicale, sécurité avec une présence de deux thérapeutes.

Des démarches d'information et d'accompagnement des patients sont menées: nutrition, réadaptation, rééducation, permissions thérapeutiques, informations sur la limitation de traitement, sur les associations et réseaux...

La traçabilité des actions et activités réalisées est globalement assurée, ce que confirment les rencontres patients traceurs.

La sortie du patient est organisée dès que possible selon l'évolution. Les différentes dimensions sont prises en compte: courrier de sortie, fiche de liaison infirmière, prescriptions, besoins en soins infirmiers et de rééducation, appel du mode de transport adapté, vérification de la conformité des ressources au domicile, besoins en hospitalisation à domicile ou en long séjour, décès et suivi de deuil. L'articulation avec les services d'amont et d'aval est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour mesurer l'efficacité du processus, l'établissement conduit plusieurs évaluations dont la périodicité est fonction de la qualité des résultats: IPAQSS, audits de pratiques, EPP, dépistages des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur, nombre de patients identifiés à risque suicidaire, taux de satisfaction des patients, enquêtes téléphoniques, plaintes et réclamations, patients traceurs, bilan annuel des programmes d'éducation thérapeutiques adressés à l'ARS, nombres de réunions des instances (CLAN, CLUD, CLIAS). Un planning des évaluations 2018 est réalisé: traçabilité bénéfique/ risque, respect du dispositif risque suicidaire, satisfaction de la réorganisation des synthèses, quatre patients traceurs.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés en comité de pilotage qualité. La politique "parcours du patient" est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints; des actions d'amélioration sont programmées et mises en oeuvre de manière coordonnée et structurée. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS). Les résultats sont communiqués par voie d'affichage, lors des réunions de services et lors des réunions médicales organisées toutes les six semaines hors CME. Ils sont consultables dans le journal interne et sur la base documentaire informatisée.

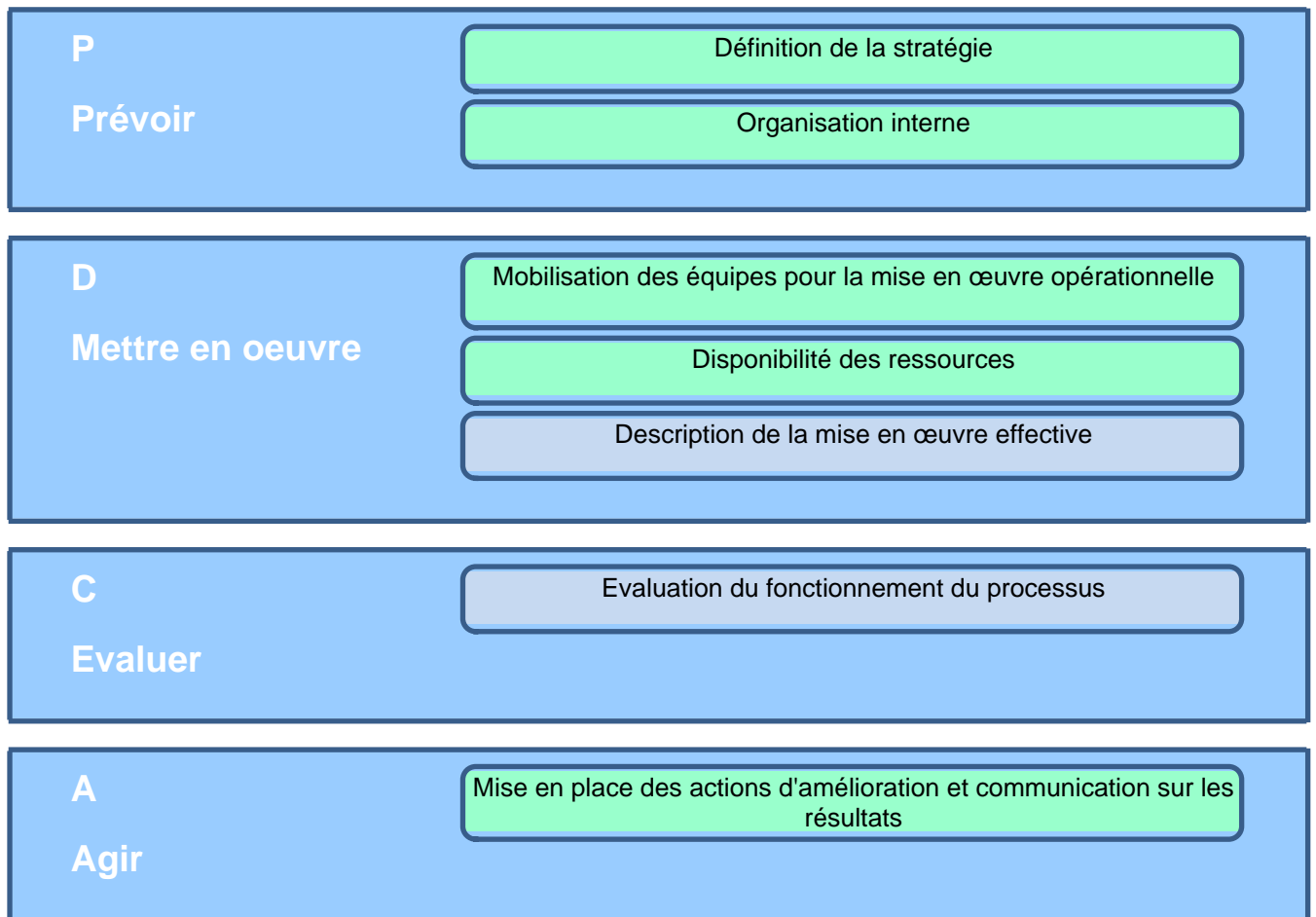
DOSSIER PATIENT

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

Il existe une politique et des objectifs d'amélioration, 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 en novembre 2017, les actions d'amélioration sont déclinées dans un programme d'action formalisé et priorisé. Une cartographie des risques et une carte d'identité du processus ont été établies en groupe de travail pluri professionnel. Elles identifient toutes les situations relevant des étapes du dossier (donnée d'entrée, des ressources et des compétences, données de la prise en charge, données de sortie). Les données utilisées sont celles, des risques remontés par les professionnels, des indicateurs IQSS, et des fiches d'événements indésirables pour les risques a posteriori. A partir de ces éléments, le groupe de travail pluridisciplinaire a hiérarchisé et priorisé, les risques identifiés qu'il a intégré dans le compte qualité suivi d'un plan d'action. Selon l'échelle recommandé par la HAS criticité, maîtrise. Les actions d'amélioration du compte qualité, sont reportées dans le programme d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS), établi en mode projet avec : date de début, date de fin, un responsable désigné, un indicateur de suivi, ceci pour chaque action. Le programme a été validé par la CME et présenté en CDU aux représentants des usagers.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches missions pour les pilotes. Le médecin rééducateur du 2e étage pilote le processus, assisté par la responsable des secrétaires médicales qui est également technicienne de l'information médicale (TIM). Ils sont également les référents pour le dossier patient auprès des professionnels dans les services.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. La formation aux applications informatiques du dossier patient est assurée en interne par la référente "métier", et sous forme de tutorat par les professionnels dans les services. Les actions de sensibilisation aux règles de tenue (confidentialité, archivage, destruction et évaluation) sont organisées, à partir des indicateurs « tenue du dossier ».

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'accès au dossier est ouvert à tous les intervenants salariés du centre, intervenant à titre libéral ou par convention: les kinésithérapeutes, assistante sociale, psychologue, diététiciennes, équipe mobile de soins palliatifs, orthophoniste, podologue...

Les règles d'utilisation du dossier informatisées sont disponibles à partir du guide du dossier patient. Le dossier patient se compose de quatre éléments principaux :

- DOSSIER INFORMATIQUE : Les prescriptions des médicaments et des soins sont informatisées
- DOSSIER MEDICAL : Le dossier médical qui est localisé dans le bureau des secrétaires est sous format papier
- DOSSIER de REEDUCATION : le dossier de rééducation localisé au plateau technique est sous format papier, les rééducateurs ont un accès au dossier informatisé en lecture seule.
- DOSSIER DIETETIQUE sous format papier.

Le déploiement d'un nouveau logiciel dossier patient, au niveau du groupe MGEN est prévu à la fin du premier semestre 2018, avec l'objectif de rendre le dossier unique.

La composition ainsi que les modalités de transmissions des informations utiles aux professionnels prenant en charge le patient sont disponibles et visibles pour tous les acteurs. Une réunion de synthèse pluri disciplinaires organisée dans les 8 jours de l'admission du patient, permet aux acteurs de la prise en charge d'avoir accès aux informations utiles. Ces réunions de synthèses sont organisées autant de fois que nécessaire sur décision médicales, et au moins toutes les 5 semaines.

L'organisation en place permet de sécuriser la coexistence d'un dossier informatisé et de dossier papier. Un fonctionnement en mode dégradé est prévu pour le dossier informatisé. Avec un plan de reprise d'activité. Les plans de maintenance et les sauvegardes sont organisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre de santé organise des réunions de service, les référents dossier et le responsable qualité, mobilisent les professionnels concernés lors des 1/4h qualité, ou lors des transmissions, sur le thème dossier du patient, si nécessité. A l'échelle de l'établissement le programme d'action est unique, et concerne l'ensemble des activités et autorisation du centre de la Ménaudière. L'évaluation périodique est réalisée, lors des audits des indicateurs nationaux de tenue du dossier et par l'audit que réalise le centre annuellement sur 25 tenue des dossiers. Les résultats sont disponibles pour les professionnels dans la gestion documentaire informatisée. Les entretiens annuels organisés par la cadre de santé, permettent de s'assurer de la conformité des pratiques, des actions correctives sont mises en place en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, sont disponibles de par la présence de référents métier sur le dossier patient, notamment la pilote du processus qui est TIM. Les professionnels en poste ont été formés lors de leur arrivée et par des formations/sensibilisations pour les professionnels en place. Les documents sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire et connus des professionnels : règle de tenue du dossier patient, les procédures et protocoles sont identifiés et formalisés. Il est prévu un fonctionnement en mode dégradé, pour le dossier informatisé, ainsi qu'un plan de reprise d'activité. Des documents d'information sont mis à la disposition des patients : livrets d'accueil, et divers documents, sous forme de plaquettes d'information. Le matériel et les équipements sont fonctionnels (plan de maintenance préventive et curative), les règles de sécurité, d'accès du patient à son dossier et de confidentialité sont respectées. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégralité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge sont tracés en temps utiles dans le dossier informatisé, ce que confirme les patients traceurs. La prise en charge du patient à toutes les étapes est assurée. Les règles de tenus du dossier sont opérationnelles : identité du patient, information règlementaire (personne de confiance), la prise en charge des patients est revue régulièrement. Le logiciel dossier patient intègre : la gestion administrative, le dossier de soins et médical, la prescription et le PMSI. Il permet à chaque intervenant de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble de la prise en charge du patient, en lien avec avec les dossiers sous format papier. L'accès du patient à son dossier est assuré. La conformité des délais d'accès au dossier est suivie par la responsable des secrétaires. Les délais de transmission sont conformes aux recommandations et le suivi est présenté en CDU. La sécurité du système d'information est inscrite dans la politique, et assurée par des contrats avec des prestataires externes. Les professionnels ont accès aux résultats des indicateurs IQSS sur la tenue du dossier patient, ainsi que des audits hors protocoles réalisés tous les ans sur 25 dossiers. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats (réunions, réunions de synthèse, comité de pilotage du dossier, réunion de service).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils (indicateur nationaux IQSS, tableaux de bord). Le centre a répondu aux indicateurs Hôpital Numérique, ce qui lui permet de se mesurer aux atteintes des objectifs nationaux et d'évaluer son système d'information (dossier patient informatisé). Chaque année le centre organise un audit hors protocoles sur 25 dossiers. La méthode du patient traceur a été utilisée pour évaluer la lisibilité du dossier. Les résultats des audits amènent des actions correctives.

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. Des supports et modalités de diffusion sont établis : par la lettre qualité interne, les notes de services, les comptes rendus d'instances et comités et par voie d'affichage. L'établissement mobilise la valeur de l'indicateur tenue du dossier patient en terme de plan d'action (audit hors protocole), sur l'indicateur courrier de sortie.

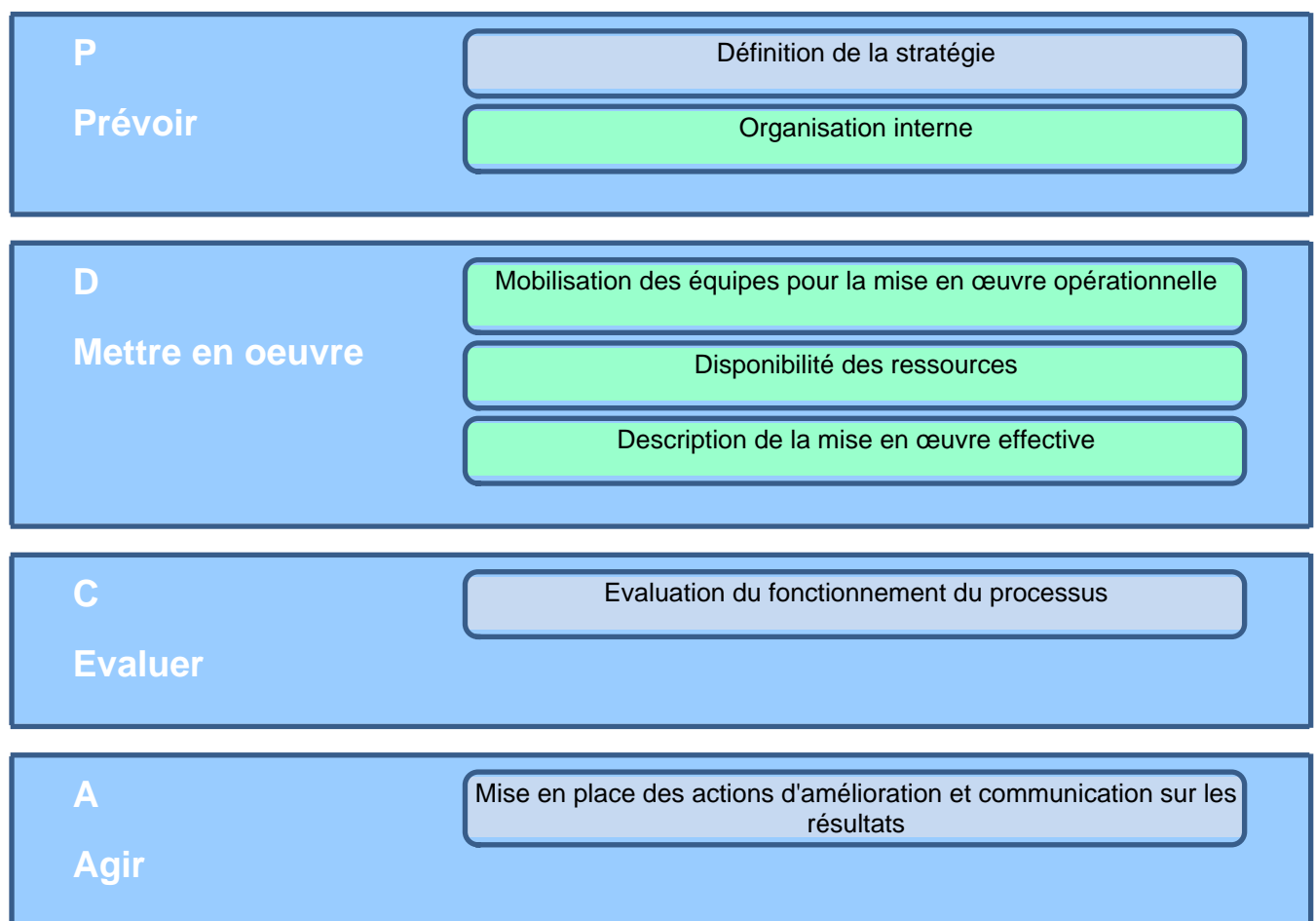
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est développée dans un manuel qualité actualisé et validé en CME. Un volet consacré à la politique intègre l'engagement de la direction, les aspects réglementaires ainsi que la définition des processus de pilotage, de réalisation et de support. La politique est évaluée en COMEDIMS à fréquence annuelle. Les axes stratégiques retenus, sont déclinés comme suit:

- garantir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux;
- lutter contre la iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée;
- poursuivre le développement de la culture sécurité des soins;
- garantir la conformité du circuit médicament;
- rendre le patient acteur et partenaire de sa prise en charge en l'informant et en l'éduquant.

L'établissement a analysé ses besoins et ses risques au regard de ses missions et moyens en s'appuyant sur les références réglementaires, les dysfonctionnements repérés lors de l'analyse des événements indésirables, le suivi des indicateurs, le retour des professionnels. Il a ainsi établi ses priorités d'action et a fixé des objectifs d'amélioration. Ces objectifs sont disponibles dans le programme d'action qualité et sécurité des soins -PAQSS- et accessibles sur le logiciel de gestion documentaire de l'établissement. L'analyse des risques est réalisée pour chaque étape à risque du circuit en lien avec les professionnels concernés. Chaque risque est hiérarchisé dans une cartographie. Les risques prioritaires sont retrouvés dans le compte qualité. Les mesures de réduction des risques sont arrêtées. Pour chaque risque identifié, des plans d'action selon un calendrier établi avec identification des pilotes, sont mis en œuvre.

ORGANISATION INTERNE

Au regard des orientations stratégiques du processus, l'établissement s'organise pour répondre à ses besoins et atteindre les objectifs fixés. Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est sous la responsabilité conjointe de la pharmacienne et de deux cadres de soins, pilotes du processus. Au sein de la PUI, la pharmacienne à 0,8 ETP est relayée par une pharmacienne à 0,1 ETP et assistée de préparatrices en 2,5 ETP. Les cadres de soins, également référentes du circuit médicaments, sont des relais d'information et s'assurent de la mise en œuvre des objectifs d'amélioration. Les missions de chaque acteur sont définies dans des fiches de poste et fiches pilotes de processus. La COMEDIMS assure ses missions conformément à son règlement intérieur.

En fonction des évolutions réglementaires et des demandes des professionnels, les pilotes participent à l'élaboration du plan de formation. Des formations régulières sont planifiées sur les risques d'erreurs médicamenteuses, la iatrogénie du sujet âgé, le bon usage des antibiotiques, les médicaments à risques. La pharmacienne intervient dans les services. Un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants est en place. Pour l'année en cours, des formations sur l'utilisation des gaz médicaux, sur l'organisation du circuit médicaments sont planifiées. Un professionnel est inscrit en DU toxine botulique.

La continuité des soins et des besoins urgents en dehors des heures d'ouverture de la PUI est assurée par la mise en place de dotations pour besoins urgents, disponible dans un service de soins dédié. Un dépannage est possible auprès de l'officine de ville de garde et des centres hospitaliers de proximité. Les vigilances sanitaires avec gestion des alertes sont organisées et le suivi est assuré.

Les ressources documentaires sont centralisées dans un système informatique structuré de gestion documentaire avec des modes de diffusion permettant de toucher l'ensemble des professionnels concernés. Les besoins en supports d'information patient et en actions d'éducation thérapeutique sont identifiés et accessibles dans la base documentaire.

Les ressources matérielles nécessaires au regard des risques et besoins identifiés sont prévues. Les locaux, les équipements et le matériel utile à l'activité sont sécurisés. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place et une gestion des pannes est organisée, notamment pour le réfrigérateur de la PUI, muni d'un système d'alerte. L'informatisation concerne l'ensemble du circuit médicament, ce qui est confirmé par l'indicateur Hôpital numérique. Un logiciel de sauvegarde, en cas de panne informatique, est disponible.

La gestion des interfaces entre les acteurs concernés et les différents secteurs est organisée pour ce qui concerne les avis pharmaceutiques, l'information, le lien ville- hôpital. La conciliation médicamenteuse est engagée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement et les référents médicaments s'assurent de la mise en oeuvre opérationnelle de la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels sont informés de toute évolution intervenant sur le circuit du médicament par le biais de notes d'information, au moment des réunions de service et par des interventions régulières de la pharmacienne. Ils sont informés des objectifs et plans d'actions établis pour leur service. Ils sont sensibilisés au bon usage des médicaments au regard de la population accueillie. Les équipes sont incitées à déclarer tout événement indésirable survenu sur le circuit du médicament. Elles participent à l'analyse des événements indésirables, à l'analyse des causes profondes en CREX, aux démarches EPP et patient traceur, au traitement des plaintes et réclamations. Elles ont accès aux résultats de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement. L'atelier chambre des erreurs, lors de la semaine sécurité, a bénéficié d'une forte participation soignante. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par des contrôles et points réguliers, suivis d'actions correctives s'il y a lieu.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En complément des personnels habilités à prescrire (liste des habilitations en PUI), à dispenser et à administrer les médicaments, les cadres de soins et deux infirmières se chargent des missions suivantes : contrôle des stocks, contrôle des périmés, contrôle des piluliers, vérification de la traçabilité des températures et du contenu du réfrigérateur dédié uniquement au stockage des médicaments thermosensibles, gestion du chariot d'urgence, gestion des stupéfiants. Les professionnels bénéficient de formations adaptées: erreurs médicamenteuses, médicaments à risque, règle des 5B, conciliation thérapeutique, participation aux journées de l'OMEDIT, video sur les interruptions de tâches, e-learning circuit du médicament, nouveaux équipements. Tout nouveau prescripteur bénéficie d'un temps de formation réalisé par la pharmacienne ou le médecin chef.

Les protocoles sont accessibles sur la base documentaire informatisée et sont connus. Les outils d'aide sont disponibles en version informatisée et papier:

- pour la prescription: livret thérapeutique, liste des équivalences, liste des traitements à éviter chez le sujet âgé, liste des médicaments à risque, liste des antibiotiques;

- pour l'administration: guide des injectables, liste des médicaments pouvant être broyés, délai de conservation des conditionnements multidoses entamés.

Des livrets d'information thérapeutique pour les patients sont disponibles : traitements anticoagulants, bonnes pratiques médicamenteuses dont gestion du traitement personnel avec contrat de bon usage signé par le patient à l'entrée, "video journal" dans les chambres.

Les locaux et ressources en matériels et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de soins et à la PUI. Les conditions de stockage des gaz médicaux (Entonox, Oxygène) sont sécurisées. Les médicaments sont identifiés pour chaque molécule avec un rangement spécifique pour les médicaments à risque. Les ampoules de chlorure de potassium ont été supprimées des stocks; la délivrance est nominative. Les chariots d'administration sont dotés d'un ordinateur. En cas de panne, le relais est assuré par un système de sauvegarde sur un ordinateur relié au groupe électrogène. Le transport des commandes est effectué dans des chariots et bacs sécurisés. L'établissement a recours à une centrale de référencement pour l'acquisition des dispositifs médicaux via un logiciel dédié.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'évaluation initiale des besoins du patient est effective et retrouvée dans le dossier patient. Cette évaluation reprend le traitement personnel du patient qui est retiré et stocké en PUI. Les règles de prescription sont respectées. Les prescriptions orales en cas d'urgence sont régularisées dans les meilleurs délais par le prescripteur. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiotique prescrit est contrôlée systématiquement par la pharmacienne qui adresse un message d'alerte. Toute prescription supérieure à 7 jours est argumentée. L'analyse et la validation pharmaceutiques sont exécutées pour l'ensemble des prescriptions avec une prise en compte des données biologiques et cliniques. Les prescripteurs sont informés des substitutions ou remplacements de traitement. La dispensation nominative est quotidienne et sur deux jours les mercredis. Les préparatrices disposent d'une machine à reconditionner les doses unitaires. L'administration des traitements est réalisée et tracée en temps réel. La règle des 5B est appliquée. La bonne prise du traitement est surveillée. Les non administrations sont tracées, ce qui a été confirmé lors des rencontres patient traceur. Des actions de sensibilisation ont été mises en oeuvre suite à d'autres évaluations patient traceur. L'administration prend en compte l'autonomie du patient après validation médicale. Une évaluation régulière sur l'autonomie du patient est réalisée et tracée. L'infirmier assure un suivi quotidien de l'observance. Cependant, les bonnes pratiques d'utilisation des solutions

buvables multidoses ne sont pas systématiquement respectées. Sur certains flacons, la date d'ouverture n'est pas notée. Cette absence de date a été constatée lors la visite des services, en présence des professionnels. A partir de ce constat, les responsables ont immédiatement mis en oeuvre une action corrective: les flacons ont été éliminés et remplacés. Les professionnels ont été informés. L'information du patient, sur tous les traitements administrés et en cas de changement de traitement est tracée. La famille peut être associée. Les ordonnances de traitement à la sortie du patient sont remises et commentées. La pharmacienne alerte l'officine de ville ou le médecin traitant en cas d'arrêt ou de modification du traitement personnel. Des actions d'éducation sont mises en oeuvre et tracées en cas de traitement par AVK, antidiabétiques, antihypertenseurs, antalgiques. Les interfaces PUI/équipe soignante sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en oeuvre un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus. La mesure de l'efficacité du processus est assurée par l'utilisation d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'analyse des plaintes et des FEI, les évaluations du CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins) et l'audit circuit médicament diffusé par l'OMEDIT Centre. Les évaluations sont programmées à périodicité définie. L'établissement s'appuie sur les résultats des IPAQSS et des audits relatifs à la prise en charge médicamenteuse: audits préparation des piluliers, rangement des armoires de stockage des unités de soins, suivi des températures des réfrigérateurs, taux de conformité des ordonnances, consommation des antalgiques, consommation des antibiotiques, taux de conformité des ordonnances de sortie... En CREX, deux analyses ont été conduites sur la sécurisation de l'administration et sur les interruptions de tâches. Les EPP en cours concernent la prescription du sujet âgé et l'éducation des patients sur le bon usage des AVK. Les tableaux de bord des résultats des évaluations et audits sont examinés au sein des instances et lors des réunions de direction de l'établissement et des services de soins.

A / AGIR

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

L'établissement met en oeuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus, évalué annuellement. Il assure l'articulation des actions avec le PAQSS pour que les risques significatifs soient réexaminés afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. De nouveaux objectifs d'amélioration de la qualité sont déterminés ce qui conduit à la révision de la politique. Dans les perspectives d'amélioration, l'établissement a programmé :

- le développement de la conciliation médicamenteuse;
- l'évaluation des actions mises en oeuvre contre les interruptions de tâches lors de l'administration;
- le déploiement d'un nouveau logiciel certifié pour faciliter l'ergonomie des prescriptions en DCI...