



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE MONTSINERY

**2160, Avenue Michard Pelissier
Chemin du Pont Romain
06600 Antibes**

Juillet 2016

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 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 | 19 |
| DOSSIER PATIENT | 24 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 28 |

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

| CENTRE MONTSINERY | |
|----------------------|---|
| Adresse | 2160, avenue michard pelissier 06600 Antibes |
| Département / région | ALPES-MARITIMES / PACA |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Etablissement privé à but lucratif |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|------------------------|--|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 060000205 | CENTRE MONTSINERY | 2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes |
| Etablissement de santé | 060780392 | CENTRE MONTSINERY | 2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes |

| Activités | | |
|-------------------------|-----------|----------------------------------|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation |
| SSR | SSR | 108 |

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. 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.

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|---------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-----|
| 1 | Personne âgée | Traumatologie | Fracture per-trochantérienne gauche | programmée transfert hopital d'ANTIBES | Hospitalisation complète | SSR |
| 2 | Personne âgée | Traumatologie gériatrique | Prothèse totale de genou droit | programmée transfert clinique MCO | hospitalisation complète | SSR |
| 3 | Adulte | chimiothérapie pour cancer | Cancer du poumon | programmée transfert service oncologieMCO | hospitalisation complète | SSR |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

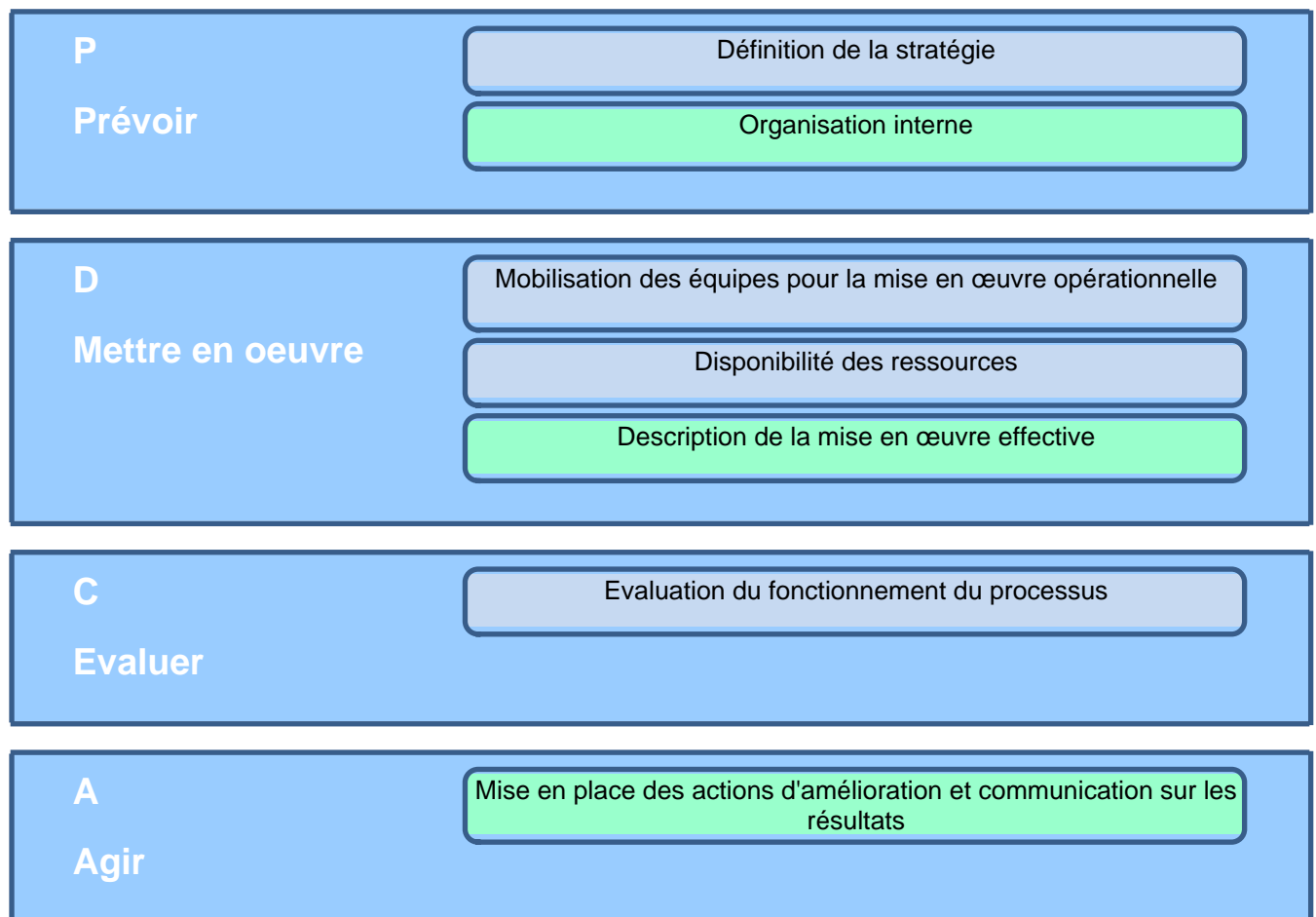
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Il existe une stratégie et des objectifs relatifs au Management de la qualité et des risques, élaborés à partir de cartographies existantes (HAS, FORMAP), de l'identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette dernière est basée sur les résultats des enquêtes et audits réalisés, les rapports des instances, les EPP et indicateurs produits par l'établissement, dont les IQSS. La stratégie de l'établissement prend en compte la gestion de crise, les obligations légales et réglementaires.

Une cartographie des processus a permis de cibler les risques, les causes, les actions en place. La criticité établie a permis de prioriser les actions et de les placer sur une matrice (risques faibles, à surveiller et prioritaires). Les risques importants ont été analysés avec les professionnels concernés pour définir des actions correctives et les placer dans le compte qualité.

Ce travail finalisé en février 2015, a permis de formaliser une cartographie des risques "management qualité risques" comportant 106 risques, avec autant de causes identifiées. A partir des actions déjà existantes, et de la criticité établie (gravité x vraisemblance x maîtrise du risque), 3 axes ont été priorisés dans le compte qualité : renforcement de la sécurité de soins, organisation de l'efficacité de la prise en charge du patient et des prestations logistiques, suivi de l'écoute client et respect du droit des usagers.

Les usagers ont participé, dans le cadre de la CRU, à l'élaboration du compte qualité par la validation des risques identifiés et des plans d'action.

La stratégie est formalisée dans la politique qualité du projet d'établissement 2012-2016, et validée par les instances (CA, CME, CRU).

Elle est déclinée en un plan d'action "qualité et sécurité des soins" intégrant le PAQ formalisé et révisé en mai 2015, priorisé et porté à la connaissance des instances et professionnels. Chaque action dispose d'un responsable, d'une échéance prévue, de modalités de suivi souvent accompagnées d'objectifs cibles.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a choisi comme pilotes la Directrice qualité gestionnaire des risques associés aux soins en charge du déploiement de la culture qualité et de la certification de l'établissement (possède un master Qualité-Gestion-Des-Risques) , et le président du CA.

Ils font partie et ont travaillé en lien avec le CORIS, organe décisionnel en matière de qualité, comité de coordination des risques liés aux soins. Cet organe regroupe les différents responsables de risques (direction, président de CME, Direction des Soins Infirmiers, Cadre De Santé, assistante qualité (possède un master Qualité-Gestion-Des-Risques, identito-vigilante), Pharmacien (possède un master Qualité-Gestion-Des-Risques, pharmaco-vigilante), médecin en charge de la coordination des instances (biologiste).

Un schéma d'organisation de la gestion des risques - sécurisation des soins et gestion des risques environnementaux associe l'ensemble des responsables d'instances à ce dispositif qui couvre ainsi l'ensemble des risques.

Les missions de ces professionnels sont précisées dans leurs fiches de fonctions et dans les règlements intérieurs des instances - "statuts du CORIS". La cellule qualité (ingénieur qualité, assistante qualité et médecin coordonnateur des instances) est l'émanation opérationnelle issue du groupe et assure pour 0.3 ETP ses fonctions au Centre. Elle dispose des moyens matériels nécessaire à son activité. Les missions des vigilants sont définies et formalisées dans les procédures.

Les plans de formation 2014 et 2015 prennent en compte les axes identifiés sur les thématiques suivantes traitées en interne, dans des ateliers ou par des prestataires externes :

- gestion des risque, approches a priori - a postériori, FEI, RMM, REMED, CREX - pour 21 personnes,
- sécurité des soins - administration médicamenteuse pour 7 personnes,
- présentation de la certification V 2014 à l'ensemble des professionnels,
- CREX patients transférés pour 11 personnes,
- formations patients traceurs pour 5 personnes ; identito-vigilance pour 8 personnes ; pharmacovigilance pour 8 personnes ; audit dossier patient pour 4 personnes, matéro-vigilance pour 10 personnes. Un agent technique formé SSIAP1 réalise la formation au SSI des nouveaux arrivants.

La gestion documentaire est hébergée sur un logiciel dédié accessible via l'intranet et comporte de nombreuses procédures en lien avec la qualité, dont les règles sont définies, formalisées et validées : "plan blanc" à jour, "utilisation du logiciel de gestion documentaire "blue medi", "élaboration et maîtrise des documents qualité", "enquête de satisfaction", "procédures vigilances" (matéro, pharmaco, infectio, identito), "signalement et traitement des EI", "annonce d'un dommage lié aux soins", "REMED", "analyse en CREX de la pertinence des patient transférés", "organisation du REX", "Écoute marche" liée à la veille réglementaire.

Les comptes rendus des instances sont également présents. Une révision des documents qualité est réalisée a minima tous les 2 ans.

Le système d'information comporte outre la gestion documentaire, un système de déclaration des EI, un intranet avec l'actualité et une rubrique "qualité et sécurité des soins".
 Une COMET (commission de maintenance d'entretien et de travaux) composée du président du CA, du responsable de la maintenance, de l'attaché de direction technique, de la Cadre IDE hygiéniste assistante de direction, se réunit chaque semaine afin de coordonner la maintenance, planifier les travaux et adapter les locaux au projet d'établissement.
 La CRU qui se réunit 3 fois par an assure avec deux représentants des usagers impliqués, ses missions. Un rapport d'activité annuel est formalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQ décline la démarche institutionnelle en objectifs et actions sur l'ensemble des secteurs d'activité. Ce plan d'action risque qualité sécurité des soins 2015 vise à mobiliser les équipes qui ont participé à des sessions "sécurisation des soins", à évaluer les pratiques avec la méthode patient traceur (2 en 2014, 2 en 2015), à présenter les différentes EPP en cours lors des séminaires d'intégration, la politique qualité, le CORIS, la gestion documentaire, le fonctionnement des FEI, les précautions d'hygiène, la sécurité médicamenteuse.
 Les EPP en cours font l'objet d'un accompagnement par la direction qualité.
 La cellule qualité sensibilise l'encadrement et les soignants sur la culture positive de l'erreur, l'importance des signalements.
 Des évaluations multiples sont mises en œuvre périodiquement via des tableaux de bords d'indicateurs formalisés par processus : REMED, CREX, RMM, analyses des fiches d'événements indésirables, questionnaires de satisfaction, plaintes et doléances.
 L'ensemble des dispositifs permet un partage des informations et une identification d'actions correctives avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'accompagnement et la formation des professionnels (cadres et soignants) sont réalisés par la directrice qualité, le médecin coordonnateur des instances, l'assistante qualité (identito-vigilante), et la pharmacienne. Elles disposent de compétences méthodologiques au service du dispositif (formation à la démarche processus, à la résolution de problème, à la recherche des causes profondes (ALARM), aux EPP, RMM, CREX. Une IDE disposant d'un DU douleur et une autre d'un DU d'hygiène, organisent des formations, assurent des évaluations et le maintien des compétences.
 Le plan d'action qualité, les documents qualité actualisés, et les compte rendu du CORIS et des instances, sont intégrés dans la gestion documentaire, accessible à tous via un logiciel dédié.
 Les ressources matérielles sont disponibles, l'entretien et la maintenance des locaux et équipements sont assurés.
 Une GMAO permet le suivi de la maintenance par l'ingénieur biomédical groupe. Un tableau de maintenance curative, le registre de sécurité et le carnet sanitaire sont utilisés et tenus à jour. Un logiciel de demande de réparation permet de déclarer et tracer les interventions de maintenance curative. Des classeurs présents dans les services comportent les informations, consignes et notes de services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CORIS a déployé la politique qualité dans une démarche processus en février 2015. Chaque processus et sous processus identifié dans la cartographie des processus fait l'objet d'une fiche d'identité avec finalité, données d'entrée et de sortie, étapes, objectifs indicateurs, et documents associés. Une matrice d'identification des processus critiques a permis d'identifier et de hiérarchiser les processus critiques.
 La gestion ancienne des fiches d'événements indésirables est relancée par l'impulsion d'une charte non punitive d'incitation au signalement. Le déclaratif est important (autour de 400 déclarations) et inclut les incidents, risques d'incidents, réclamations, doléances, non conformités, vigilances. Les chutes de patients étant un événement récurrent, sont traitées dans une EPP. Tout professionnel peut déclarer, mesurer la gravité et la probabilité de répétition et mettre en œuvre des actions correctives. Une analyse est réalisée au quotidien par la Directrice des Soins Infirmiers, qui réévalue la gravité, et décide pour un événement indésirable grave de la mise en œuvre d'une analyse des causes profondes avec les professionnels concernés. Par mois, des statistiques sont formalisées, et par trimestres rapportées à une analyse de processus.
 La participation des usagers est effective dans les instances (CRU, CLAN, EOH) et la mise en œuvre de la politique qualité/gestion des risques.
 Les professionnels formés à l'audit mettent en œuvre des audits cliniques dans la gestion du dossier patient, la sécurisation du circuit du médicament, la pertinence de l'antibiothérapie, des mesures de la perception du niveau de la culture de sécurité.
 La traçabilité de l'ensemble des actions et activités est réalisée.
 Le plan blanc mis à jour a fait l'objet d'un exercice de simulation de crise en mai 2015.
 Le document unique des risques professionnels défini et mis à jour annuellement dans le cadre du CHSCT, présente les mesures de prévention, ainsi que les axes d'amélioration pris en compte dans la

mise en œuvre d'une politique QVT.
La mise en œuvre des EPP montre un niveau de réalisation avancé et implique une majorité des professionnels soignants et médicaux.
Les 8 EPP en cours font l'objet d'un accompagnement par la direction qualité et d'un état d'avancement important. La moitié sont finalisées avec suivi d'indicateurs et mise en œuvre des actions d'améliorations.
Les vigilances sont opérationnelles, chaque vigilance fait l'objet d'un rapport annuel d'activité.
Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels.
La CRU prends en compte le recueil des plaintes, doléances et réclamations écrites et orales, les réponses apportées, les résultats des questionnaires de sortie, et propose des axes d'amélioration. Les demandes d'accès au dossier et le délai y afférent, sont suivis par la DSI.
Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de cet audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus Management de la qualité et des risques repose sur les revues de processus, déjà réalisées une fois pour chaque processus, et deux fois pour le circuit du médicament. L'évaluation réalisée à partir de la mise en œuvre des actions du programme qualité, porte sur des indicateurs liés au processus, des FEI, EIG, CREX, REMED, plaintes et EPP réalisés sur l'ensemble du processus. Le tableau de bord des indicateurs présente une évolution positive de l'ensemble des données. Il comporte la satisfaction des utilisateurs de la gestion documentaire, le niveau culture sécurité des soins, le suivi des plaintes, le traitement des FEI, l'efficacité des processus, le taux de satisfaction global des patients, des soins et des prestations hôtelières, et le taux de formation du personnel.
Une revue de direction annelle est mise en œuvre pour la première fois en mai 2015 et se substitue au rapport annuel du CORIS.
Elle a permis une révision et adaptation du PAQSS à l'amélioration du processus.

A / AGIR

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

Un plan d'action risque qualité et sécurité des soins est formalisé dans le compte qualité et rejoint dans le PAQSS l'ensemble des plans qualité des autres processus. Les représentants des usagers sont informés de risques inhérents aux processus traités dans le cadre des instances auxquelles ils participent (EOH, CLAN, CLUD, CRU). Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les professionnels sont informés dans le cadre de la CME, de la CSI, et des instances opérationnelles. La communication des actions est réalisée, en interne via l'intranet, avec des rubriques qualité et des rubriques soins multiples valorisant les résultats obtenus.

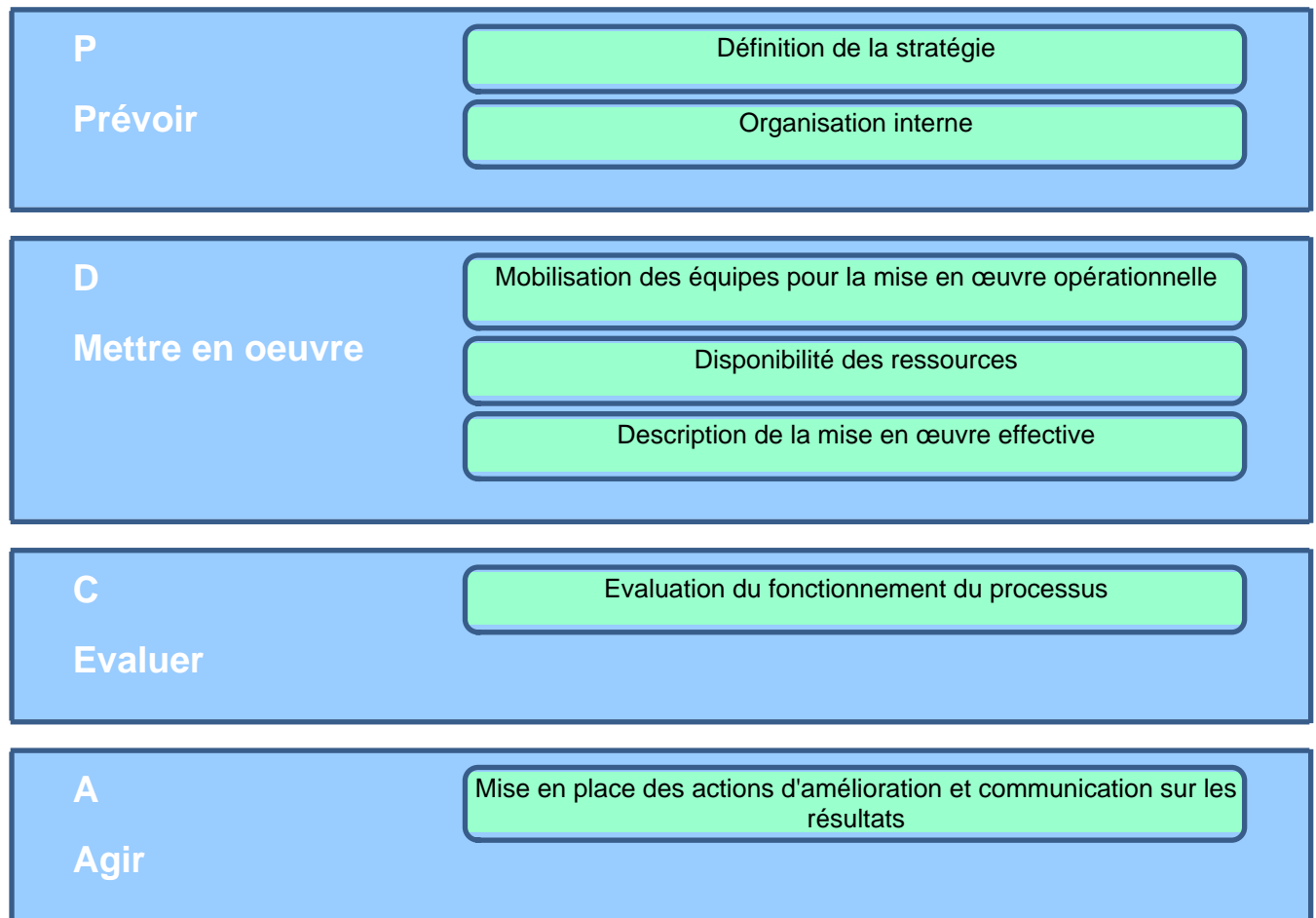
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie et des objectifs relatifs aux droits des patients, élaborés à partir de cartographies existantes (HAS, FORMAP) de l'identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie est formalisée dans le projet d'établissement 2012-2016, qui comporte un chapitre sur la politique d'information du patient et trace l'engagement du pôle SAINT JEAN. Le CPOM évoque la restructuration en cours des services d'hospitalisation, afin d'améliorer les conditions d'accueil.

L'analyse des risques est basée sur les résultats des enquêtes et audits réalisés, les rapports des instances, les EPP et indicateurs produits par l'établissement dont les IQSS.

Ce travail finalisé en février 2015 a permis de formaliser une cartographie des risques "droits du patient" comportant 45 facteurs de risques, et 169 causes identifiées. A partir des actions déjà existantes, et de la criticité établie, 4 axes ont été priorisés dans le compte qualité : absence de personnalisation de la prise en charge, environnement de vie non adapté, défaillance des circuits d'information, mauvaise qualité de la communication avec le patient. L'ensemble des actions liées à ce processus a été intégré dans le PAQSS comportant pour chaque action un responsable, une échéance, et des modalités de suivi.

Les objectifs du processus, évoqués dans l'axe 3 de la politique Qualité, sont les suivants : suivi de l'écoute client, respect du droit des usagers, promotion du respect des droits du patient en matière d'information, promotion de la bientraitance et déploiement de la réflexion éthique.

Ils sont validés par les instances concernées (CORIS, CRU, CME) et déclinés dans le programme d'actions qualité 2015 formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a choisi comme pilotes la Directrice des Soins Infirmiers et la directrice qualité, gestionnaire des risques associés aux soins, qui disposent de fiches de fonction en lien avec le processus. Elles ont travaillé avec le groupe "bientraitance droit du patient", composé par des soignants, pour élaborer la cartographie des risques "droit des patients".

Une CRU disposant d'un règlement intérieur, et en tout point conforme, est informée de cette cartographie, et a validé le plan d'action qui en découle. Un médecin groupe est missionné en transversal sur la qualité et la coordination des instances. Les représentants des usagers participent également aux réunions du CLUD, CLAN et à l'EOH.

Un comité d'éthique disposant de statuts d'une charte en place depuis décembre 2010 se réunit deux fois par an sur des questions relevant de ses prérogatives, soulevées par les professionnels.

Les plans de formation 2014 et 2015 prennent en compte les axes identifiés sur les thématiques suivantes traitées en interne dans des ateliers ou par des prestataires externes : éducation thérapeutique, éthique bientraitance, informatique, dossier médical, prise en charge de la douleur.

La gestion documentaire est hébergée sur un logiciel dédié accessible via l'intranet et comporte de nombreuses procédures en lien avec les droits du patient : liste des personnes parlant une langue étrangère, non divulgation de présence, respect des croyances, annonce d'un dommage lié aux soins, demande d'accès au dossier, directives anticipées, etc. Des fiche d'identité des processus "amélioration de la satisfaction des patients et "droits des patients" sont formalisées.

La gestion documentaire est structurée et connue des professionnels.

L'établissement s'est engagé dans une opération de réhabilitation des locaux allant de 2011 à 2016. Elle touche à ce jour la moitié des hébergements, a permis d'améliorer le confort des chambres (salle de bain, restaurant, salle à manger, chambres grand confort), l'intimité (cabinets de consultation, salles de pansement), et ceci en adéquation avec le SROS qui évoquait une diminution potentielle des lits.

La gestion des interfaces et des circuits informatiques est formalisée par un directeur des services informatiques, dans un schéma directeur structuré "groupe" pour faciliter la concertation entre professionnels, secteurs d'activité (interface administrative, laboratoire pharmacie), et entre les différentes structures (polyclinique, GIE imagerie, GIE kinésithérapeutes et sage femme).

Le fonctionnement de l'ensemble assure la sécurisation des données et le respect de la confidentialité des informations (charte des ressources informatique signée par les professionnels et encart pour les patients dans le livret d'accueil et sur le site internet, concernant leur droit sur les données personnelles).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQ décline la démarche institutionnelle en objectifs et actions sur l'ensemble des secteurs d'activité. Une sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés est effective dans plusieurs domaines : les actions du groupe bientraitance et du comité d'éthique sur le refus de soins, la bientraitance et les rites religieux, la laïcité, les directives anticipées, l'identité-vigilance. Des ateliers sont réalisés auprès des

soignants (douleur, directives anticipées, bientraitance, dignité, intimité confidentialité, vigilances) avec supports power-point et émargement.

Une sensibilisation des médecins est effectuée via la CME sur les dommages liés aux soins (avril 2014), les directives anticipées, le projet de soins personnalisé.

Un séminaire d'intégration sur une journée, sensibilise les nouveaux arrivants au respect des droits du patient, à la qualité (gestion documentaire, FEI, EPP) et à la sécurité des soins (circuit du médicament, hygiène, IAS, SSI).

Les professionnels et les instances concernées sont informés des résultats des évaluations (questionnaires de satisfaction, FEI, audits) via l'intranet et les réunions de service. La cellule qualité assure la méthodologie de ces évaluations en lien avec ce processus : analyse mensuelle des questionnaires de satisfaction, des FEI avec analyse des causes profondes (méthode ALARM), CREX sur les transferts en urgence, REMED sur les erreurs d'administration de médicaments, EPP "douleur" et "secure ton soin", chute, sécurisation de la prise en charge et retour à l'autonomie.

Le Comité de coordination de la gestion des risques liés aux soins analyse les indicateurs liés au processus et valide les actions d'amélioration qui en découlent.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une assistante sociale issue du groupe est embauchée depuis peu à 0.15 ETP. Une réorganisation de l'équipe d'accueil a été réalisée récemment. Une IDE référente disposant d'un DU douleur conduit les ateliers et évaluations liés à cette prise en charge.

Un IDE est formé aux actions d'éducation thérapeutique, elle a en charge des ateliers avec les patients (PTH, PTG, HTA, diabète, AVK).

Une diététicienne groupe intervient à la demande sur la PEC alimentaire.

Des bénévoles de l'association ALBATROS interviennent dans l'accompagnement des patients.

L'établissement dispose au sein du groupe de lits identifiés soins palliatifs, qui permettent, au besoin, de transférer les patients nécessitant ce type de prise en charge.

Les locaux en cours de réhabilitation sont agréables, spacieux, et présentent des espaces de convivialité, et une accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Ils permettent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité : installation de paravents muraux dans les 26 chambres doubles, existence dans chaque secteur de cabinets de consultation médicale et de salle de pansement, installation de vestiaires séparés hommes et femmes en balnéothérapie, 3 boxes individuels au plateau technique de kinésithérapie. Les chambres disposent toutes d'une douche, de coffres, de climatisation de téléviseurs et de volets roulants. Quelques suites plus spacieuses sont également proposées.

Les documents utiles au processus sont accessibles dans le logiciel de gestion documentaire. Le livret d'accueil actualisé, un affichage dans le hall d'entrée, ainsi que le site internet comportent les informations utiles concernant la CRU et les modalités de recours, les directives anticipées, la personne de confiance, les informations concernant le recueil des données informatisées. Des livrets d'information sont formalisés sur le diabète, le traitement AVK, la PTH. Un intranet complète le dispositif avec des logiciels de gestions des lits, de GMAO, de demande de réparations, d'astreintes. Un logiciel de restauration permet l'interface avec les secteurs d'activité afin de prendre en compte les régimes et les aversions.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de l'accueil administratif, un recueil de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont effectués après information du patient. Un document d'information est donné avec explication sur les directives anticipées et le recueil est effectué pour les patients qui le désirent. La non divulgation de présence est connue, tracée, et mise en œuvre à la demande.

La vérification d'identité est effective à partir de la carte nationale d'identité, et une identification par bracelet est réalisée systématiquement en secteur de soins. L'accueil des soignants permet un recueil de données, la formalisation d'un consentement éclairé et l'ébauche du projet de soin personnalisé avec information sur l'état de santé du patient, son traitement et la participation du patient et de l'entourage. Ce dernier est poursuivi durant le séjour par des staffs pluridisciplinaires impliquant le patient et son entourage. Le suivi de la PEC est coordonné par un dossier de soin informatisé utilisé par l'ensemble des acteurs, avec une interface impactant les résultats des examens de laboratoire.

La mise en œuvre de contentions est réalisée à partir de la procédure "mise d'un patient sous contention physique", prescrite et réévaluée par les praticiens.

Une procédure d'annonce de dommage lié aux soins décrit les modalités de mise en œuvre par le professionnel concerné. Les principaux dommages sont liés aux infections nosocomiales et l'IDE hygiéniste gère les résultats positifs du laboratoire. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont connues des professionnels, mises en œuvre, et font l'objet d'un protocole "signalement et traitement des cas de maltraitance" et d'une FEI. En cas de refus de soins, une procédure "sortie contre avis médical ou par évasion" et un document support "Décharge de responsabilité médicale" est rempli.

Une procédure récente "prise en charge d'un patient psychiatrique et son transfert" décrit les modalités d'admission d'un patient sans son consentement.

Une CARD (cellule d'aide au Retour à domicile) s'assure de la mise en œuvre d'une prise en charge matérielle et suivie par les professionnels d'aval (soins à domicile, suivi médical, paramédical, installation, dispositifs médicaux). La CRU qui se réunit 3 fois par an assure avec deux représentants des usagers impliqués, ses missions.

Elle prends en compte le recueil des plaintes, doléances et réclamations écrites et orales et les réponses apportées, les résultats des questionnaires de satisfaction et propose des axes d'amélioration, les demande d'accès au dossier et le délai y afférent, suivis par la Directrice des Soins Infirmiers. Un rapport d'activité annuel est formalisé. Les questionnaires de satisfaction sont remis au patient dans le livret d'accueil, et par un questionnaire libre remis par les IDE juste avant la sortie, afin d'améliorer le recueil. Les représentants des usagers ont été sensibilisés à leur rôle via une présentation en CRU ; un recueil de leurs attentes sur le dispositif de retour à domicile et sur le livret d'accueil a ensuite été réalisé. Les contrats de travail précisent aux nouveaux salariés la nécessité de discrétion et de respect du secret professionnel. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de ce processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus droit des patients fait l'objet d'un suivi par plusieurs indicateurs :

- Les questionnaires de satisfaction remis par le patient dans une boîte à lettre de l'accueil sont évalués mensuellement par la Directrice des soins infirmiers, avec un recueil d'environ 50%, un taux global de 8.5 /10 et une insatisfaction récurrente concernant la qualité de la restauration. Les suggestions des questionnaires peuvent faire l'objet d'une réponse validée par la direction.
- les plaintes et réclamations, les doléances verbales, écrites,
- les demandes de dossier patient avec délais respectés,
- l'EPP douleur incluant la prévention de la douleur induite par les soins ; le ressenti de la douleur induite par les soins (en cours),
- le taux de satisfaction du patient sur la bienveillance,
- l'audit sur l'accueil,
- la préparation de la chambre d'un patient entrant,
- la contention,
- le délai d'attente,
- le taux de conformité de la démarche bienveillance,
- les FEI 2014 (522 dont 108 doléances et suggestions),
- les indicateurs hôpital numérique (pourcentage des applications connectées au référentiel identité, dispositif d'identification personnel).

Ces indicateurs disposent tous d'une fiche d'identité décrivant les modalités de calcul, et d'une valeur cible permettant d'en apprécier l'évolution. Une revue de direction est en place depuis mai 2015. Le CORIS prévoit une révision tous les 2 ans pour chaque processus. Les résultats de ces indicateurs sont présentés à la CRU, sollicitée sur les actions correctives y afférent. Un rapport annuel de la CRU en fait état.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration découlent des évaluations réalisées et des suggestions de la CRU, en particulier la réhabilitation en cours des locaux, le respect du niveau sonore, les formations et ateliers liés à l'identité-vigilance, les directives anticipées, la fin de vie, la bienveillance, les ateliers éducatifs des patients. Ces actions sont intégrées au programme qualité révisé annuellement dans le cadre de la revue de processus intégrée à la revue de direction. Elles comportent un responsable, une échéance et des modalités de suivi avec souvent des indicateurs cibles qui permettent d'en apprécier l'efficacité. Le PAQ et les résultats d'indicateurs sont transmis via le CORIS, aux instances (CA, CRU), et présentés aux professionnels via les pilotes de processus en réunions, ou affichés comme par exemple l'évolution des résultats des questionnaires de satisfaction. Les patients sont informés des IQSS par affichage, dans le livret d'accueil et sur le site internet.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

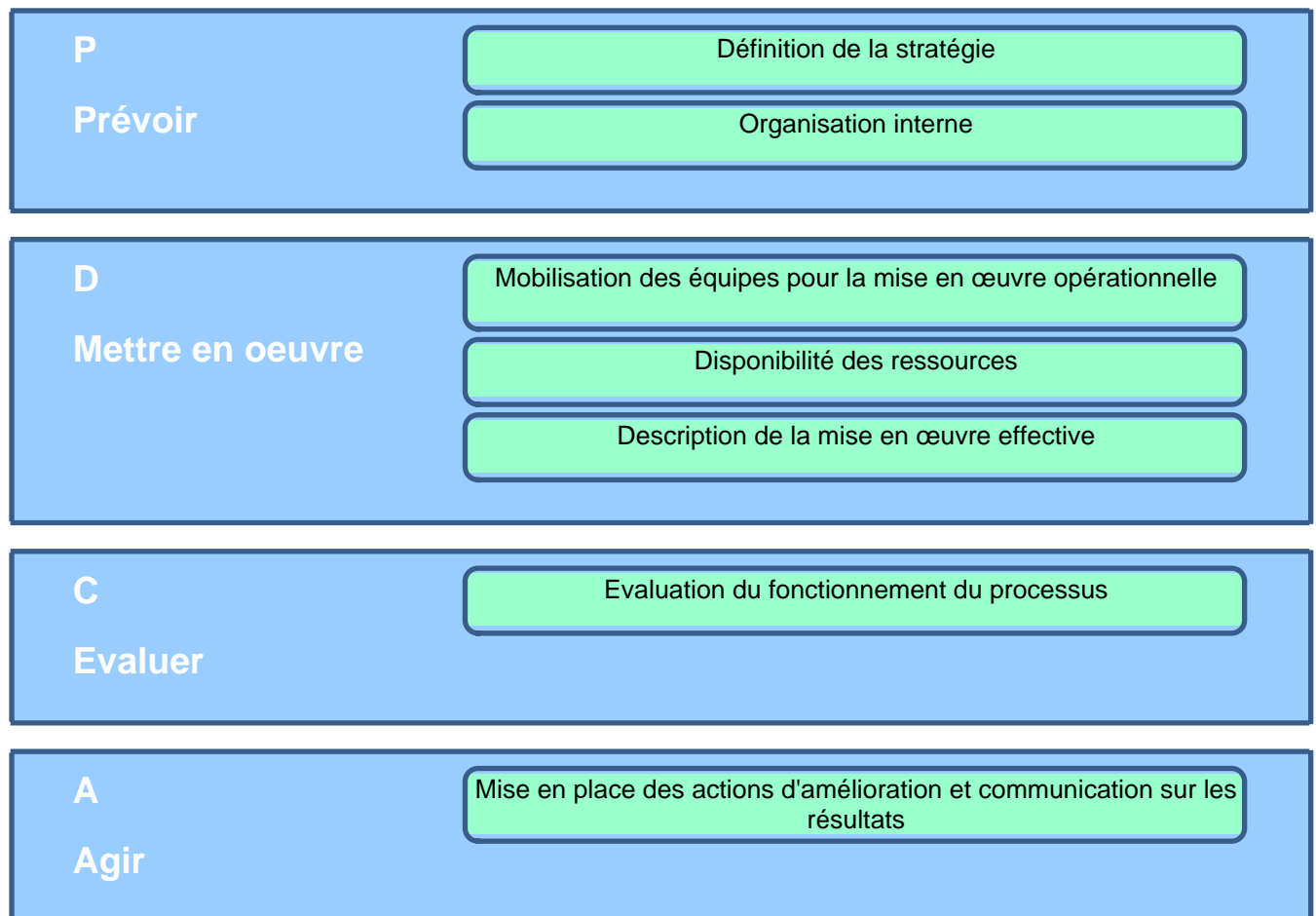
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie et des objectifs relatifs au parcours du patient. Ils ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins de santé de la population du bassin de vie, du SROS, des missions dévolues à l'établissement et aux autres établissements du Groupe, d'une analyse de la concurrence et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Une cartographie des risques sur le processus Parcours Patient a été réalisée par les membres du groupe du même nom, en Février 2015. Ce travail a permis d'identifier et de hiérarchiser 190 risques dont 98 étaient en zone de risques à surveiller.

Ces derniers ont été regroupés en six catégories de risques prioritaires pour l'établissement :

- sécuriser les pratiques en cas d'aggravation de l'état de santé ou d'urgence vitale
- diminuer le risque de ré-hospitalisation des patients âgés et améliorer la pertinence des prises en charge spécifiques de la personne âgée
- sécuriser et pérenniser la continuité des soins par la prise en compte des cibles, des résultats d'examens complémentaires et des retours de consultations externes puis en déclenchant des actions de prise en charge ou de modification thérapeutiques
- mettre en œuvre des actions à visée éducatives pour les patients le nécessitant
- améliorer et évaluer l'impact des actions d'amélioration en lien avec la délivrance de l'information médicale au patient et sa traçabilité
- améliorer la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques.

Par ailleurs une cartographie des risques sur le sous processus Prise en charge Nutritionnelle a été réalisée par les membres du CLAN à compter d'Avril 2015. 25 risques ont été mis en évidence.

L'ensemble des risques identifiés fait l'objet de plans d'action formalisés, priorisés, validés par l'ensemble des instances et intégrés dans le programme qualité et sécurité des soins annuel piloté par le CORIS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus et ses risques, qui revient au CORIS. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de fonction des professionnels concernés. Au regard des objectifs fixés et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion documentaire informatisée est structurée, les règles et procédures sont définies, formalisées, validées et actualisées.

La coexistence de supports papier et du dossier informatique est organisée et connue des professionnels rencontrés.

Le circuit du patient est organisé et la gestion des interfaces ainsi que la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité est facilitée par l'encadrement et favorisée par la tenue des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. La demande inopinée de soins est prise en compte. Un affichage avec les deux numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence, est réalisé et connu des professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et concernent chaque secteur, au sein desquels l'encadrement sensibilise les professionnels sur le processus et les risques identifiés. De même, les responsables assurent la mise en œuvre opérationnelle et coordonnée des actions liées au parcours patient et de leurs évaluations et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Dans le cadre du processus Parcours patient, des professionnels des services ont été associés à l'identification des risques. Les professionnels rencontrés sont informés par leur encadrement des résultats des actions correctives menées au cours de réunions de service et en commission de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en matériel notamment informatique, sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels rencontrés, parmi lesquels de nouveaux arrivants, ont bénéficié de formations visant à sécuriser la prise en charge du patient (incendie, gestes d'urgence, dossier patient informatique).

Les patients sur le plateau technique sont pris en charge par des kinésithérapeutes libéraux qui interviennent dans le cadre d'un GIE. La présence des kinésithérapeutes est effective tout au long de la journée ainsi qu'aux staffs pluridisciplinaires hebdomadaire. Le plateau technique est vaste et doté

d'équipements adaptés aux profils des patients pris en charge. Une balnéothérapie est intégrée au plateau technique.

La gestion documentaire est largement informatisée et son accessibilité est connue des utilisateurs. Des consignes sur la prise en charge des patients existent sous format papier, elles sont paraphées par les professionnels des secteurs et sont archivées dans un classeur retrouvé dans les salles de soins.

Des chariots d'urgence sont disponibles dans chaque salle de soins. Leur composition est conforme aux recommandations et leur maintenance assurée et tracée selon une périodicité définie et respectée. La majorité du personnel soignant est formée aux gestes d'urgence, formation qui est annuelle. Un défibrillateur semi automatique est présent à l'accueil du plateau technique, un affichage avec les deux numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence, est réalisé et connus des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge au sein des secteurs est conforme à l'organisation définie et aux procédures établies.

Les circuits du patient sont définis et respectés. La taille de l'établissement et l'encadrement facilitent l'opérationnalité des interfaces entre secteurs.

Un système d'astreinte médicale, administrative et technique permet d'assurer la permanence et la continuité des soins.

Une concertation pluridisciplinaire autour de la prise en charge du patient est effective de façon hebdomadaire dans chacun des services. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé le jour même de son entrée. L'évolution de l'état de santé du patient ainsi qu'un projet de soins personnalisés, concertés et réévalués lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont tracés dans le dossier des patients.

La sécurisation de l'identification des patients est effective à toutes les étapes de leur prise en charge. Les professionnels rencontrés, tant au niveau des admissions que dans les services, sont attentifs aux bonnes pratiques en matière d'identito-vigilance, et s'efforcent d'obtenir dans les meilleurs délais une pièce d'identité du patient entrant, dont la photocopie est retrouvée dans le dossier papier.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, et celles-ci sont retrouvées dans la gestion documentaire informatisée accessible aux professionnels.

La traçabilité des transmissions des kinésithérapeutes est retrouvée dans le dossier informatique des patients hospitalisés.

Les troubles nutritionnels sont dépistés, tracés et suivis tout au long du séjour du patient.

Le risque suicidaire est repéré à l'entrée lors de la consultation médicale initiale. Un repérage de l'état du patient est réalisé. Le cas échéant le médecin réalise le mini GDS test (test de dépression gériatrique) afin d'évaluer plus précisément l'état psychologique du patient. La conduite à tenir en cas de risque suicidaire est formalisée, connue et mise en oeuvre par les professionnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement ne bénéficie pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS, cependant des actions éducatives ciblées sont mises en oeuvre auprès des patients concernés, par l'IDE référent, sur le diabète, les Antivitamines K et les prothèses de hanche. L'établissement envisage d'étendre ces actions à la prothèse de genou.

L'établissement dispose d'une balnéothérapie. La surveillance des patients en balnéothérapie se fait par contact visuel direct et via des écrans de surveillance disposés au sein du plateau technique. Les patients qui sortent de l'établissement peuvent poursuivre leur rééducation en externe au sein de ce même plateau technique, ce qui facilite la continuité de la prise en charge.

La sortie du patient est planifiée et organisée dès l'admission. Dans la macro-cible d'entrée, l'IDE trace les renseignements concernant la situation familiale, professionnelle et sociale. L'identification d'un isolement social et familial, de difficultés de maintien à domicile, d'une inobservance thérapeutique possible à domicile conduit à informer la Cellule d'Aide au Retour à Domicile (CARD) qui, sous l'impulsion de la cadre de santé, avec l'aide de l'assistante sociale, va déclencher des actions de coordination médico-sociale.

Une semaine avant la sortie, un courrier est envoyé au médecin traitant pour l'informer. Les IDE à l'aide d'une check-list et de fiches de transfert s'assurent que l'ensemble des documents utiles, accompagnent la sortie du patient.

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

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre et de l'efficacité du fonctionnement du processus du parcours patient. Pour ce faire, il utilise des indicateurs nationaux (IQSS) et les indicateurs issus des audits internes réalisés (Audit pertinence, conformité et traçabilité des prises en charges médicales, évaluation de la pertinence du phasage de prise en charge, CREX sur les transferts, évaluation de la satisfaction des patients à propos de l'information reçue sur leur état de santé et leur traitement médicamenteux, évaluation de la pertinence et de l'orientation de sortie..), et EPP.

Une revue de processus réalisée en Avril 2015 a permis le suivi des actions préventives et correctives décidées au niveau du Programme Qualité Sécurité des Soins.

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 qualité et sécurité des soins annuel.

Les actions identifiées et réalisées en regard des risques sont multiples : évaluation des connaissances des référentiels de bonnes pratiques en cas d'aggravation de l'état de santé ou d'urgence vitale, recrutement d'une assistante sociale à temps partiel, CREX transfert opérationnel, mise en place d'actions éducatives sur les PTH, AVK et diabète, élaboration d'un protocole sur la prise en charge des pathologies chroniques, formation des paramédicaux sur la "sécurisation des soins"...

Les résultats des évaluations et des actions conduites sont présentés aux instances concernées (CME, CRUQ, ...) et aux professionnels en réunion de service par l'encadrement ou en commission de soins.

Les indicateurs nationaux sont affichés au sein de l'établissement.

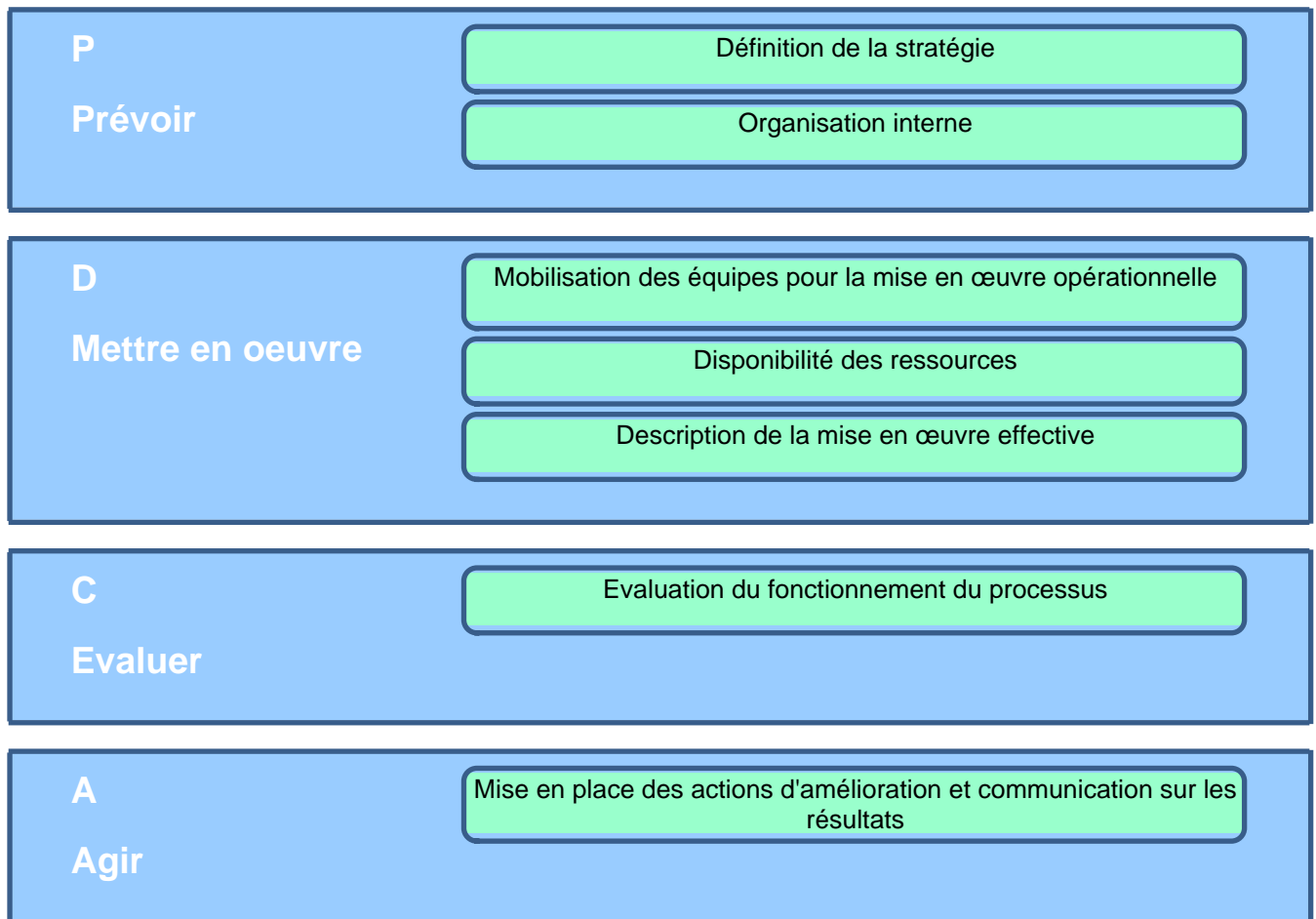
DOSSIER PATIENT

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 stratégie et des objectifs, élaborés à partir de cartographies existantes (HAS, FORMAP), de l'identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement basée sur les résultats des enquêtes et audits réalisés, rapports des instances, EPP et indicateurs produits par l'établissement dont IQSS. Le travail finalisé en février 2015 a permis de formaliser une cartographie des risques "dossier du patient" comportant 25 facteurs de risques, et autant de causes identifiées. En lien avec les professionnels soignants, et à partir des actions déjà existantes et de la criticité établie, 3 axes ont été priorisés dans le compte qualité : absence de traçabilité par les professionnels en temps réel, absence de communication en temps réel des informations utiles à la continuité des soins aux correspondants externes, absence de traçabilité de l'accord du patient pour son projet de soins personnalisé. Les actions liées à ce processus ont été intégrées dans le PAQSS, comportant pour chaque action un responsable, une échéance et des modalités de suivi.

La stratégie est formalisée dans le projet d'établissement 2012-2016 qui comporte un chapitre "projet de soins". Il évoque la nécessaire qualité du dossier patient, le projet de soins personnalisé et le dossier informatisé en place. Le schéma directeur du système d'information décline les objectifs et l'architecture du réseau groupe existants et son interfaçage, le logiciel dossier patient en place et la sécurisation du système.

Déclinée dans les engagements du pôle ANTIBES SAINT JEAN, la stratégie globale d'information du patient évoque les engagements sur le respect de la confidentialité, l'accessibilité de l'information concernant l'état de santé, les modalités d'accès au dossier et l'évaluation de la satisfaction quand à l'information reçue.

Cette stratégie est validée par les instances concernées (CORIS, CRU, CME) et déclinée dans le programme d'actions qualité 2015 formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a choisi comme pilotes la présidente de CME et la Directrice des Soins Infirmiers. Elles ont travaillé en lien avec le CORIS (comité de coordination des risques liés aux soins) qui regroupe les différents responsables de risques, organe décisionnel en matière de qualité, pour élaborer la cartographie des risques "dossier patient".

Un directeur SSI groupe assure la mise en œuvre du schéma directeur, le fonctionnement, la sécurisation et la maintenance des systèmes d'information, en lien avec 2 collaborateurs pour 1.5 ETP. Ces acteurs disposent de fiches de fonction en lien avec le processus.

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé groupe depuis 2013, qui intègre les parties administratives médicales et soignantes. Sa configuration a fait l'objet d'une adaptation importante aux besoins des professionnels et à l'évolution des prises en charge. L'infrastructure informatique groupe est répliquée sur deux sites, les sauvegardes sont organisées en temps réel. Un groupe électrogène sécurise la production électrique.

Les interfaces sont organisées en lien direct avec le laboratoire qui peut directement transmettre les résultats dans le dossier, cette modalité étant envisagée pour l'avenir avec le GIE de radiologie (les ordonnances sont informatisées). Les kinésithérapeutes libéraux exportent la synthèse hebdomadaire des données de leur logiciel dans le logiciel dossier patient et ont accès aux données médicales et soignantes. Des systèmes d'alerte permettent de signaler les cibles importantes aux autres professionnels.

Le séminaire d'intégration des nouveaux arrivants ainsi qu'un tutorat par les pairs et la DSI permettent de former les nouveaux arrivants. Les contrats de travail précisent les responsabilités des professionnels en matière de confidentialité et de discrétion.

Le plan de formation comporte en interne des formations à l'identito-vigilance pour 8 personnes, à la sécurisation médicamenteuse pour 15 personnes, des sessions pédagogique "audit dossier" pour 4 personnes, "évaluation du dossier" pour 4 personnes. Des formations aux transmissions ciblées sont programmées en 2016.

Le dispositif de gestion documentaire en lien avec ce processus comporte :

- un guide d'utilisation et d'archivage du dossier patient qui décrit les modalités d'utilisation (responsabilités, tenue, confidentialité, composition) et droits liés au dossier patient,
- un guide d'utilisation du dossier informatisé pour les prescripteurs,
- un guide d'utilisation du dossier informatisé pour les soignants,
- une procédure "panne du DME" (dossier patient informatisé) qui décrit les modalités de reprise d'activité,
- une procédure "gestion des demandes d'accès au dossier patient".

Toutefois, le guide d'utilisation et d'archivage du dossier patient est incomplet : ce guide ne prévoit pas

l'organisation et les modalités de traitement des demandes de séjour au sein de l'établissement, ce qui entraîne une arrivée des dossiers de pré-admission par fax ou par voie informatique (logiciel régional séjour en SSR), à une secrétaire administrative de l'accueil.
L'établissement réactif s'est organisé durant la visite pour faire parvenir les dossiers chez la DSI, et modifier la procédure d'admission en conséquence.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQ décline la démarche institutionnelle en objectifs et actions sur l'ensemble des secteurs d'activité. Le dispositif engage les équipes soignantes et la cellule qualité dans des actions de sensibilisation des professionnels et d'évaluation du dossier patient en lien avec les risques identifiés. En effet de nombreuses évaluations en lien avec les IQSS, les EPP et la PEC, (projet personnalisé, sécurité du circuit du médicament, traçabilité des informations des professionnels) sont retournées aux professionnels via la CME, les instances, la commission de soins infirmiers, les articles intranet et les réunions de service. L'analyse des EI liés au processus est également informée : (0 en 2014, 1 en 2015). De nombreuses actions correctives ont mobilisé les professionnels administratifs soignants et libéraux pour paramétrer l'outil en regard des besoins et de la réglementation (projet personnalisé, bilans kinésithérapiques, IMC etc...).
De nombreuses actions de sensibilisation ont été liées aux résultats des IQSS, hôpital numérique, et des évaluations en lien avec la traçabilité des informations, les EPP des pilotes médicaux et soignants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La DSI est formée à l'utilisation du logiciel dossier patient et au paramétrage concernant son adaptation aux besoins, ainsi qu'aux modalités d'évaluation de ce dossier.
La cellule qualité (ingénieur qualité, assistante qualité et médecin coordonnateur des instances) est une émanation opérationnelle issue du groupe, chacune des membres assurant pour 0.3 ETP ses fonctions au Centre. Elles conduisent la méthodologie d'évaluation des dossiers patients et des EPP, la priorisation des actions correctives et leur suivi ainsi que la communication des résultats y afférent.
La gestion documentaire via un logiciel dédié est structurée et présente 23 documents (procédures, guide, support d'information et d'enregistrement) en lien avec le processus. Elle est actualisée, accessible de l'ensemble des postes et connue des professionnels.
La logistique matérielle est en lien avec des postes informatiques fonctionnels (fixes et portables), un système wifi. Les professionnels disposent à partir de l'embauche d'une habilitation en lien avec des droits de lecture et d'écriture, et d'une sécurisation par code et mot de passe changé à l'ouverture de session. Une hot line téléphonique, une maintenance interne au groupe, ainsi qu'un contrat d'assistance avec le prestataire du logiciel sont disponibles. Les patients sont informés dans le livret d'accueil et dans le site internet concernant la saisie des données personnelles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier informatisé en place est l'outil de coordination des professionnels. Le secteur administratif assure une traçabilité de l'identification du patient à partir de la carte nationale d'identité, trace les personnes à prévenir et de confiance, et les données liés à la prise en charge financière. Les recueils de données médicales et soignantes font l'objet d'une traçabilité en temps réel dans le dossier informatisé qui permet une continuité des soins. Les staffs hebdomadaires assurent la traçabilité de la mise en œuvre avec le patient et les proches, d'un projet de soin personnalisé pluri-professionnels. Les kinésithérapeutes libéraux qui disposent d'un logiciel spécifique, se sont également inscrits dans cette dynamique en synthétisant un compte rendu hebdomadaire et en pouvant incrémenter des transmissions ciblées dans le dossier patient de l'établissement. Les prescriptions de biologie et radiologie sont à présent informatisées. Les résultats de biologie sont intégrés directement dans le dossier.
L'accès au dossier est effectif via une procédure qui décrit l'ensemble des modalités réglementaires. Elle est mise en œuvre par la DSI avec une traçabilité des demandes et un délai d'envoi respectés, ces indicateurs étant transmis à la CRU. L'information concernant cet accès est présente dans le livret d'accueil, le site internet, et affichée dans les salles d'attente.

Toutefois, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge ne sont pas tous tracés en temps utile : les soignants vérifient l'identité du patient à partir du bracelet d'identification par une question ouverte, mais ne tracent pas cette vérification dans le dossier patient lors des actes diagnostiques ou thérapeutiques, car la procédure identito-vigilance ne le précise pas.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus. Le dispositif d'évaluation est important et structuré. Les indicateurs IQSS réalisés en 2014 sont en progression. L'établissement s'est organisé pour effectuer des audits cliniques spécifiques mensuels sur 10 dossiers par mois (la conformité est très élevée de janvier à mars 2015), et des audits bi-annuels sur la base des critères IQSS. D'autres évaluations en lien sont réalisées (audit pansement, audit accueil, EPP prise en charge médicamenteuse avec traçabilité des traitements, EPP douleur) et témoignent toutes d'une évolution positive de la traçabilité des données.

Des actions d'évaluation en temps réel de dossiers, mises récemment en œuvre avec les professionnels sur la traçabilité des actes (pansement accueil), ont permis une sensibilisation accrue à l'amélioration de la tenue du dossier.

Le taux concernant le respect des délais d'accès au dossier est au maximum. Une seule fiche d'événement indésirable concerne ce processus en 2015. Une évaluation de la satisfaction des établissements receveurs en cas de transfert est réalisée.

La revue de processus dossier patient réalisée une fois en mars 2015 trace l'ensemble des audits et indicateurs produits, et statue sur les actions réalisées pour apprécier l'efficacité du processus et identifier de nouvelles actions.

A / AGIR

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

La revue de direction prend en compte les indicateurs produits et témoigne de l'évolution positive liée aux actions de sensibilisation, aux audits et EPP menées (suppression des supports de transmission papier, réorganisation de l'outil de planification des soins, sensibilisation des kinésithérapeutes, réalisation d'un agenda des rendez vous patient, mise en œuvre d'évaluation des check-list transferts, mise en œuvre de la vérification de la signature par le patient du projet de soin en STAFF, etc.). Les actions intègrent le PAQSS.

La communication des résultats aux professionnels, aux usagers et aux instances est assurée via les réunions institutionnelles, l'intranet avec de nombreuses rubriques qualité et les classeurs "retour de quiz audit". Les IQSS sont présents dans le livret d'accueil, le site internet et affichés dans l'établissement.

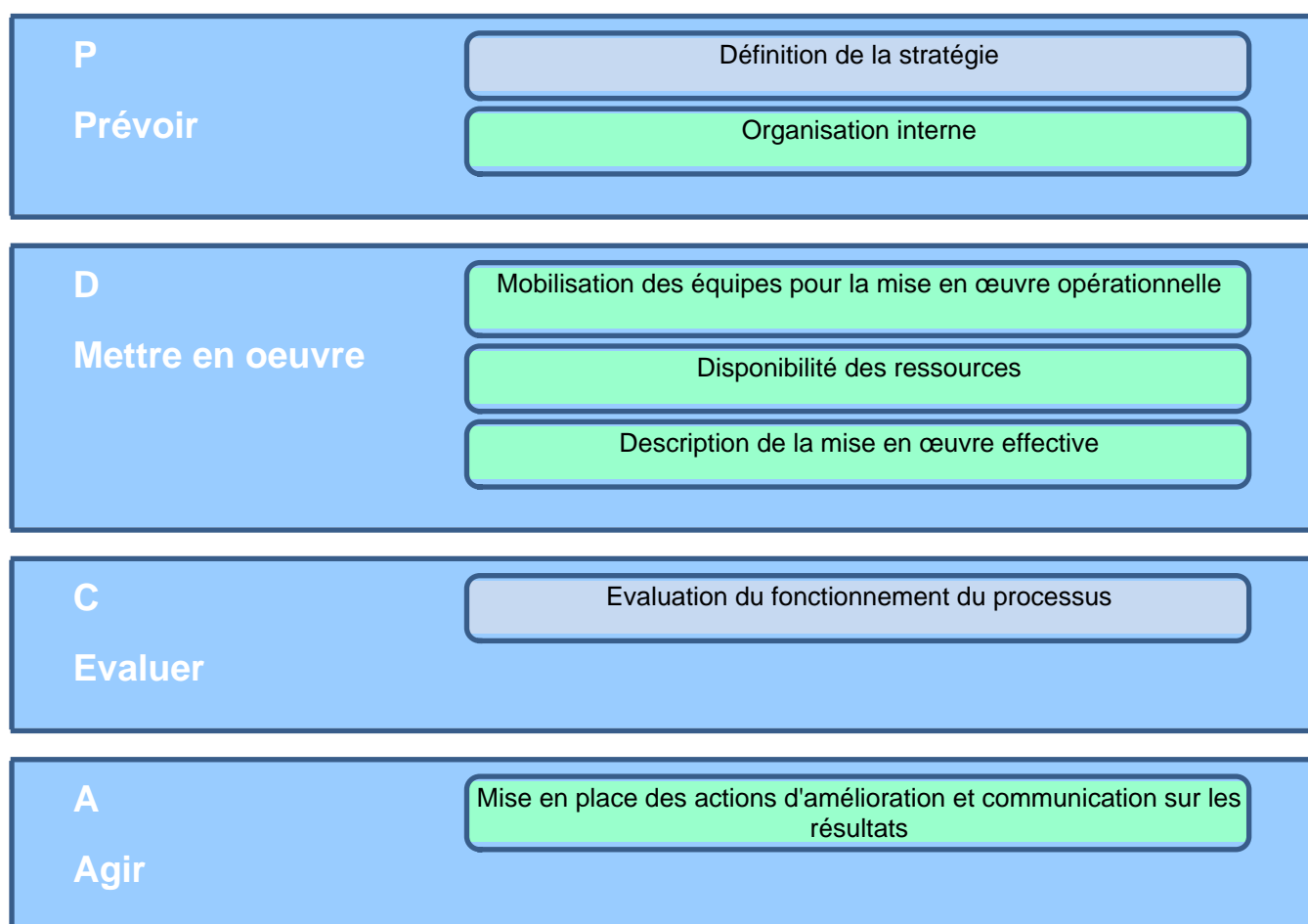
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse de l'établissement est élaborée sur la base d'une identification et d'une analyse des risques réalisée par le CORIS en 2012. Elle est formalisée dans l'avenant au projet d'établissement 2012 – 2016 actualisé en Mai 2015, elle a été validée par les instances concernées de l'établissement (CME, COMEDIMS).

Il existe un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, élaboré et actualisé dans sa version 4 en 2015. La cartographie des risques sur la prise en charge médicamenteuse réalisée en 2012 a permis d'identifier de nombreux risques, qui ont été regroupés en quatre groupes de risques prioritaires et hiérarchisés :

- la non prise en compte d'une insuffisance rénale dans le choix du traitement médicamenteux
- l'absence d'avis médical spécialisé dans les cas complexes
- l'absence d'information du patient sur son traitement médicamenteux
- l'absence de sécurisation de l'administration d'un médicament.

Des actions visant à traiter les risques mis en évidence ont été réalisées et celles restant à réaliser ont été planifiées et intégrées au programme qualité et sécurité des soins annuel de l'établissement. Le programme qualité et sécurité des soins 2015 comprend les objectifs, les actions, les moyens à mettre en œuvre, le responsable, le début prévu, le début réel, la fin prévue et réelle, ainsi que les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement dispose d'une organisation pour piloter le processus, d'une PUI et d'une pharmacienne à mi-temps. La pharmacienne est responsable de la sécurité et du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ses missions sont décrites et formalisées dans une fiche de fonction mise à jour en décembre 2014.

Une procédure intitulée " médicaments à haut risque" est formalisée et prend en compte les modalités de prescription et de surveillance de ces médicaments.

Au regard des objectifs fixés et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Le circuit du médicament est informatisé et conforme aux règles définies. La gestion documentaire relative au circuit du médicament est structurée, les règles et procédures sont définies, formalisées, validées et actualisées.

Le nombre de réunions du COMEDIMS est réglementaire (3 fois en 2014, 4 fois en 2015, au moment de la visite).

Une procédure intitulée " règles de fonctionnement entre la pharmacie et les services de soins " organise la gestion des interfaces.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et concernent chaque service au sein desquels l'encadrement sensibilise les professionnels sur le circuit du médicament et les risques identifiés.

La pharmacienne procède également à des sensibilisations récurrentes des professionnels des services de soins sur le risque d'erreur d'administration médicamenteuse (février, mai, octobre 2015), ou sur l'information des patients sur le bon usage des médicaments, notamment des AVK, antalgiques et anti diabétiques (en continu).

La pharmacienne et la cadre de santé s'assurent de la mise en œuvre opérationnelle et coordonnée des actions liées au circuit du médicament et de leurs évaluations et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les professionnels rencontrés indiquent être informés par leur encadrement des résultats des actions correctives menées au cours de réunions de service et en commission de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en matériel, notamment informatique, sont disponibles dans les secteurs. Le nombre d'ordinateurs disponibles au sein de chaque service est suffisant pour permettre aux praticiens comme au personnel soignant d'avoir un accès instantané au dossier patient, et donc à la prescription médicale.

Les professionnels rencontrés, parmi lesquels de nouveaux arrivants, ont bénéficié de formations visant à sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient (médicaments à haut risque, information du

patient sur certains médicaments, dossier patient informatisé).
La gestion documentaire liée au circuit du médicament est informatisée, son accessibilité via le logiciel dédié est connue des utilisateurs y compris des nouveaux arrivants rencontrés.
La pharmacienne, en étroite collaboration avec la cadre de santé, est très disponible pour les professionnels des services de soins, y compris auprès des médecins. Les interfaces sont également facilitées via l'analyse et la validation pharmaceutique liée à la qualité du système d'information entre la pharmacie et les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues sur le circuit du médicament de façon uniforme.

Le respect des supports de prescription, des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments dont les médicaments à haut risque, est assuré au sein des unités de soins.

La permanence pharmaceutique est assurée : en cas de besoin, l'établissement se dépanne auprès de la pharmacie du centre hospitalier voisin, ou d'une officine de ville identifiée. Des conventions formalisent ce fonctionnement.

Une dotation de médicaments pour besoins urgents est disponible dans les service de soins.

L'informatisation du circuit du médicament permet de retrouver une traçabilité exhaustive que ce soit des prescriptions médicales, de l'analyse pharmaceutique effectuée sur l'ensemble du traitement, ou de l'administration médicamenteuse par les infirmières.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins et les infirmières et cela est tracé dans les prescriptions médicales.

Les procédures liées à la pharmacovigilance sont formalisées et les conduites à tenir sont connues des professionnels. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient.

Cependant, les professionnels de santé n'assurent pas d'information spécifique aux patients, au moment de la sortie, sur le bon usage des médicaments : les traitements personnels non remis à la famille lors de l'entrée du patient sont gardés au sein des salles de soins au cours de l'hospitalisation, puis remis in extenso au patient à sa sortie, sans retrait ou différenciation des médicaments éventuellement arrêtés au cours de l'hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité du fonctionnement du processus lié la prise en charge médicamenteuse. Pour ce faire, il dispose et utilise des indicateurs nationaux (IQSS) et les indicateurs issus des audits internes réalisés de manière mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle (taux d'erreur de prescription médicale, suivi des avis pharmaceutiques, performance des fournisseuses pour l'approvisionnement de la PUI, consommations d'antibiotiques). L'établissement a également effectué deux enquêtes téléphoniques ISATIS en juillet et octobre 2015 : ces enquêtes montrent que les patients sont très satisfaits de l'information dispensée sur les effets indésirables des médicaments.

Des projets d'EPP relatifs au circuit du médicament permettent également le suivi d'indicateurs (pertinence des prescriptions d'antalgiques, conformité de la prise en charge médicamenteuse, réévaluation de l'antibiothérapie, pertinence et conformité de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé).

L'établissement assure des revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés (REMEDI) : 2 réalisées en 2014, 2 en 2015.

Deux revues de processus sur la prise en charge médicamenteuse réalisées en février et octobre 2015 ont permis le suivi des actions préventives et correctives décidées au niveau du Programme Qualité Sécurité des Soins.

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 qualité et sécurité des soins annuel, dans lequel peuvent être citées la sensibilisation des professionnels sur la pharmacovigilance (3 sessions), la sensibilisation sur les risques d'erreur médicamenteuse (4 sessions) et la mise en œuvre d'actions liées à la réalisation d'audits (sensibilisation par le médecin gériatre sur le risque iatrogénique de la personne âgée en octobre 2015, mise en place d'un contrôle des dotations

nominatives biquotidien et sensibilisation des IDE sur l'importance de la traçabilité en avril-mai 2015).
Les résultats des évaluations et des actions conduites sont présentés aux instances concernées (CME, COMEDIMS) et aux professionnels, en réunion de service par l'encadrement ou en commission de soins. Les indicateurs nationaux sont affichés au sein de l'établissement.