



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION CSSR LES LAURIERS**

**8 Route de Carbon-Blanc  
Bp 119  
33306 LORMONT  
JUN 2017**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
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 objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

CSSR LES LAURIERS	
Adresse	8 route de carbon-blanc 33306 LORMONT
Département / région	GIRONDE / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
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	330056540	UGE CAM D'AQUITAINE	3 rue theodore blanc Les bureaux du lac - bat k 33049 Bordeaux
Etablissement de santé	330780750	CSSR LES LAURIERS	8 route de carbon-blanc Bp 119 33306 LORMONT

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	149

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CHU – CELLULE DE COORDINATION REGIONALE SSR FILIERE AVC</li> <li>Organisation des relations entre le CHU de Bordeaux au titre de sa mission de coordination régionale SSR de la filière AVC : depuis le 30/04/2014</li> <li>- PROXISANTE</li> <li>Collaboration de partage de compétences en ETP: depuis le 27/05/2013</li> <li>- CHU – CSO</li> <li>Prise en charge des patients obèses dans le cadre des missions du Centre Spécialisé Obésité Nord Aquitaine labellisé au CHU: depuis le 12/11/2013</li> <li>- LA TOUR DE GASSIES – FILIERE DE SOINS DES PATIENTS AMPUTES</li> <li>Participation de l'EMSP à la prise en charge des patients amputés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné: depuis le</li> </ul>

06/04/2009

- EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT  
(Marie Galène)

Participation de l'EMSP à la prise en charge des patients du SSR justifiant des soins palliatifs et d'accompagnement: depuis le 03/12/2004

- CHU – COOPERATION MEDICALE RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLOGIE

Favoriser la prise en charge des patients en alcoologie, transfert et continuité des soins. Coopération médicale Dr B. Fleury: depuis le 15/03/2002

- MAIRIE DE LORMONT – CCAS

Développement d'actions en lien avec l'alimentation: depuis 2013

- FENETRE SUR RUE

Mise en œuvre d'ateliers TDU: renouvellement en 2015

- SOLANGE LEVEQUE

Mise en œuvre des ateliers DIABOLAU (diabète, obésité): depuis 2015

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



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR	A définir	programmé	simple	SSR
2	Adulte	SSr	A définir	programmé	simple	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

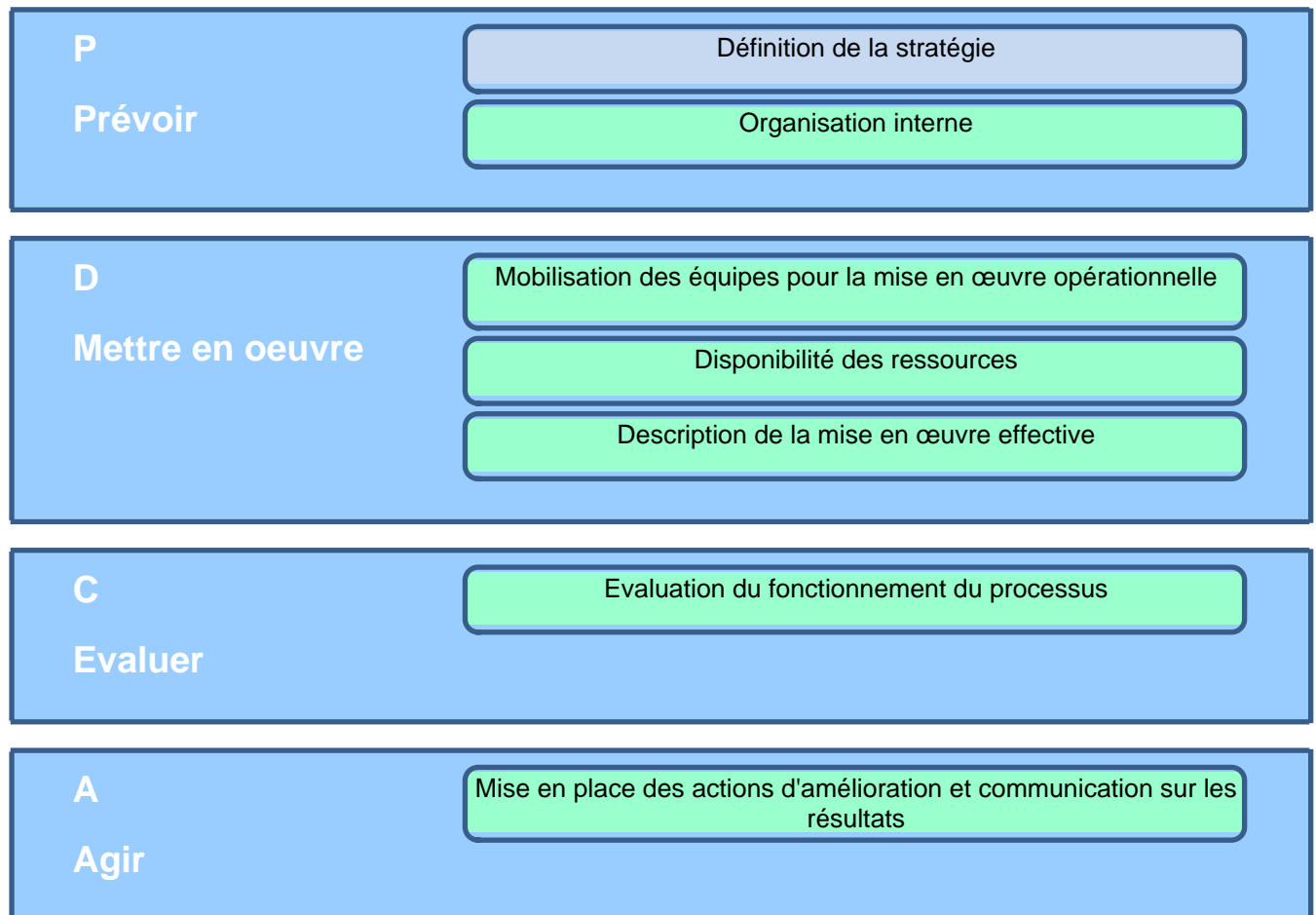
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe au sein du SSR "Les Lauriers" une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. On retrouve la stratégie de la démarche qualité et gestion des risques dans les orientations stratégiques du projet d'établissement : projet 2014/2018 (dans la politique médicale et de soins et dans la gestion des risques). La politique qualité et gestion des risques de l'établissement décline les orientations stratégiques qualité et gestion des risques pour la période 2014 2018: 8 axes ont été définis. Les données exploitées tiennent compte des IQSS, des enquêtes de satisfaction(patient), des fiches d'évènement indésirable, des audits et évaluations internes. A l'occasion de l'élaboration du compte qualité, une nouvelle cartographie des risques a été réalisée en lien avec la structure régionale d'appui ( CCECQA). Elle intègre les risques identifiés par thématiques renseignées pour le compte qualité. L'analyse des risques et la priorisation ont été réalisés avec les professionnels. Des plans d'actions prioritaires sur les principaux risques ont été programmés. Cette stratégie, validée par les instances concernées ( CME, CDU, COVIRIS) est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le programme d'actions pluri-annuel reprend le programme d'action qualité gestion des risques, les actions du compte qualité, le programme d'actions des instances et le programme d'actions EPP. Ainsi, la politique qualité sécurité et gestion des risques 2014-2018 englobe le respect des droits des patients, la recherche de l'adéquation des pratiques au regard des critères de sécurité attendus (dont les EPP) , le développement des démarches d'amélioration de la qualité, la coordination de la maîtrise des risques , le recueil et le traitement des évènements indésirables, l'établissement de la cartographie des risques, le développement des dispositifs de simulation en santé, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise. La communication de la stratégie aux professionnels est organisée : logiciel dédié à la qualité, réunions de services, communication par le biais des instances et du journal interne, réunions inter-services, manifestations ponctuelles (exemple: semaine de la sécurité des patients).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins s'appuie sur les instances (COVIRIS, CLIN), les réunions qualité du réseau santé aquitaine (CCECQA) et celles initiées récemment du Groupe régional UGECAM. Des pilotes stratégiques (responsable régional, la directrice et le président de la CME) et plusieurs pilotes opérationnels (médecin vice-président de la CME et cadre de santé gestionnaire des risques, gestionnaire de la qualité) ont été désignés . Les cadres, les référents (douleur, hygiène, etc.) et les responsables des vigilances complètent l'organisation interne. La CME coordonne les différentes composantes du système qualité et gestion des risques. L'implication de la CME, dans le développement de la culture qualité et sécurité est effective. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Un outil informatisé de gestion documentaire de la qualité et de la gestion des risques est disponible depuis plusieurs années. Cet outil informatisé structure la démarche et l'ensemble des ressources documentaires. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le plan de formation prévoit des formations en interne ou en externe sur la méthodologie «patient traceur»( gestionnaire qualité ainsi que deux médecins). L'appropriation de la réalisation de CREX (formation du pharmacien et du coordonnateur des risques associés aux soins), la participation aux actions de formation des réseaux qualité interne au Groupe UGECAM ou régional (CCECQA) complètent le dispositif du plan de formation.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, sous la forme d'une déclinaison en 4 orientations ( projet d'établissement): développer l'écoute, la bienveillance et l'information de la personne hospitalisée, améliorer la qualité, la sécurité et la performance des soins prodigués aux personnes hospitalisées, mobiliser l'ensemble des professionnels, diversifier les moyens d'action du dispositif qualité gestion des risques. Les plans d'action des instances reprennent les objectifs stratégiques et les risques identifiés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Le gestionnaire qualité, sécurité et gestion des risques et la cadre gestionnaire des risques

associés aux soins le cadre du secteur "Trait d'Union" ( addictologie) ont pour mission de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés. Le gestionnaire qualité centralise les informations, assure la cohérence, l'aide méthodologique et le suivi de la gestion documentaire. Les professionnels ont été sollicités : groupe de travail pour l'identification des risques et choix des plans d'actions prioritaires. L'établissement est composé de trois secteurs: deux secteurs de soins de suite polyvalents et un secteur d'addictologie. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin: dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc. Depuis plusieurs années, l'établissement a créé et formé des référents pour : la douleur, la pharmacovigilance, l'hygiène, les plaies et cicatrisation, la nutrition, les soins palliatifs, la matériovigilance, la stomatologie. Le gestionnaire qualité, la cadre gestionnaire des risques l'infirmière hygiéniste et les cadres soignants s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration sont effectuées (EPP, CREX, déclarations d'EI, patients traceurs, etc.) et donnent lieu à l'information des professionnels.

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

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels bénéficient de nombreuses formations: douleur, CREX, hygiène, risque médicamenteux, escarres, identitovigilance, soins palliatifs, alcoologie, hygiène alimentaire, plaies et cicatrisations, évaluation de la qualité, coordination de l'éducation thérapeutique, etc. Tout salarié dispose de la liste des documents essentiels en termes de sécurité de la prise en charge par tout salarié travaillant à l'établissement. Un logiciel de qualité et gestion des risques rassemble les documents, les audits et évaluations, les PV de certaines instances. La procédure de gestion documentaire précise les modalités d'actualisation des documents. Après validation par la CME et par la direction , les cadres informent de la mise en ligne d'un nouveau document ou d'une nouvelle version d'un document existant.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La communication de l'avancement de la démarche est présentée en CME, aux personnels (interventions ponctuelles en réunions hebdomadaire des équipes de bio-nettoyage, mensuelles pour les équipes soignantes, réunions inter services bi-mensuelles ) et lors des réunions des instances. Les Cadres réalisent, actualisent les procédures et rendent effective la mise en œuvre des programmes. Un point de suivi est aussi à l'ordre du jour des 4 réunions annuelles de la CME. Le suivi des déclarations et de leur analyse des fiches d'évènement indésirable est effectué par le gestionnaire qualité et le cadre gestionnaire des risques membres de la cellule de coordination et de gestion des risques . La méthode Orion, la méthode Ishikawa, les RMM sont utilisées pour l'analyse des causes. Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Le cheminement d'une fiche d'évènement indésirable est défini, le retour au déclarant est assuré par le gestionnaire qualité ou le cadre gestionnaire des risques ou le cadre du service. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels. La démarche EPP est déployée, l'engagement des professionnels est effectif (30% des professionnels médicaux ou paramédicaux). 35% des professionnels médicaux et paramédicaux ont aussi participé à la démarche "patient traceur". Lorsqu'un indicateur IQSS n'est pas conforme aux attendus un plan d'actions est élaboré, le suivi est effectif afin de revenir au niveau A ou B. L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels et les usagers. La coordination des dispositifs de vigilances et de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et des risques est effective. La rétro-information s'effectue lors d'une analyse annuelle en CRU. Les 4 réunions réglementaires de la CRU sont effectives.

## **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 identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité des instances, etc.). Le taux d'avancement des programmes d'action est évalué (programme CQGR 2016 : 84% ). Le suivi d'indicateurs est assuré: le délai moyen de traitement des FEI, le taux de FEI traité, le nombre de CREX, le taux de retour des questionnaires de sortie illustrent ce suivi.

En revanche, le dispositif de participation des usagers n'est pas évalué au travers du bilan de la CRU. Il n'y a pas d'évaluation globale de la participation des usagers. Par ailleurs, les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins ne sont pas évaluées. Il n'y a pas d'évaluation des conditions d'exercice ni par une instance ni par une évaluation spécifique.

**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. A partir des audits, enquêtes, évaluations et des signalements (FEI et CREX), le réajustement des plans d'actions est réalisé si cela est nécessaire (bilan qualité et gestion des risques). Le réajustement est aussi effectué lorsque de nouvelles recommandations ou réglementations sont intégrées (ex : la démarche "patient traceur" ou le plan sécurité en cours d'élaboration). Les actions d'amélioration figurent dans le compte qualité de ce processus

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels ( note d'information, note de service, panneau d'affichage spécifique) et des usagers ( la charte de la bientraitance, la charte de la laïcité...).

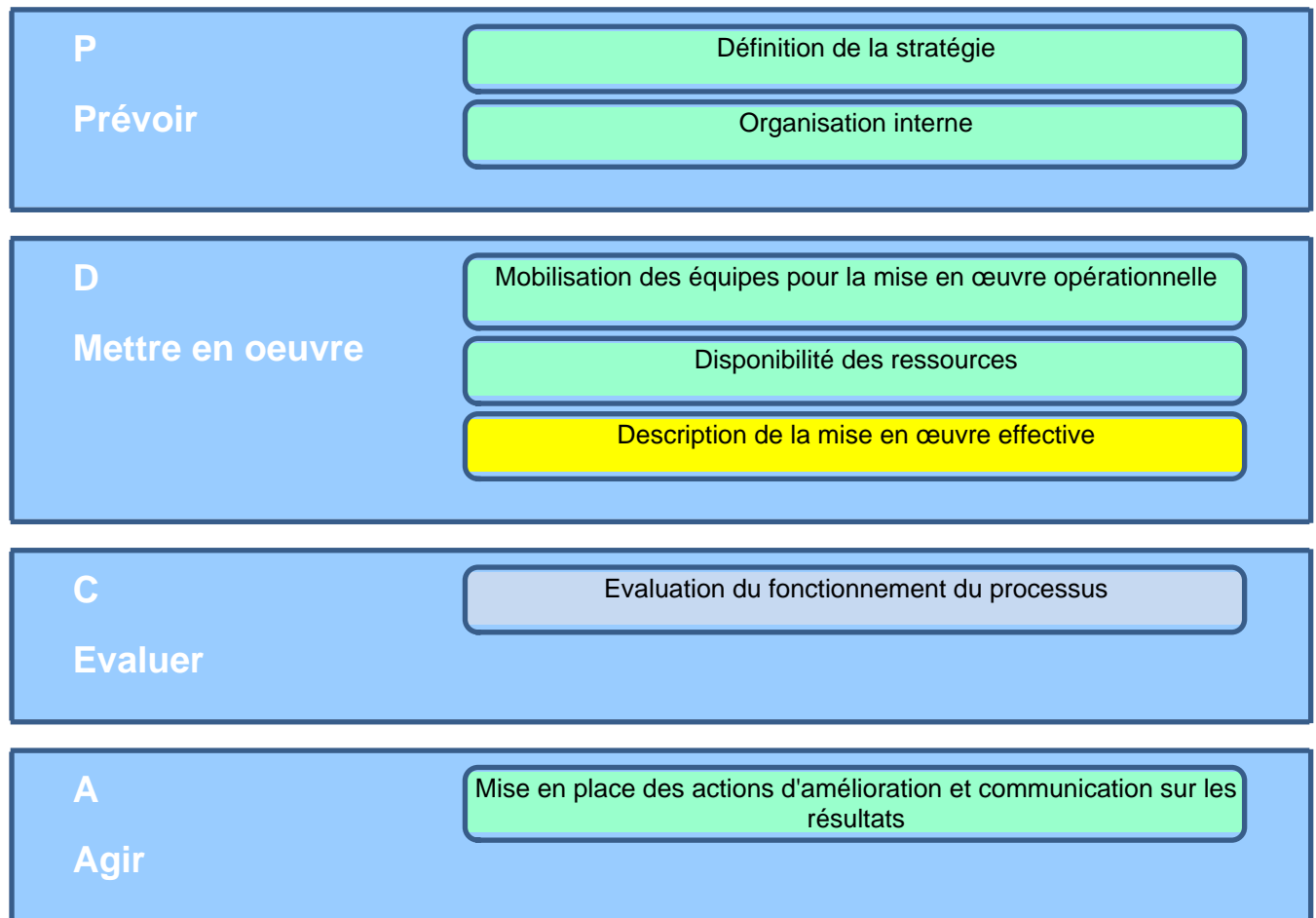
# DROITS DES PATIENTS

## 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, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement appartient au Groupe UGECAM qui affiche en ambition un projet de groupe : favoriser la mutualisation et la diffusion d'outils et de bonnes pratiques. Cette politique se retrouve dans les orientations stratégiques de l'établissement : point B du projet d'établissement : promouvoir le respect des droits et des devoirs des patients et des usagers, et leur bien être. Cette politique se retrouve aussi dans la politique qualité et gestion des risques: respecter les droits des patients. Les objectifs ont été élaborés à partir de la cartographie des risques et des documents de référence en la matière. 12 professionnels ont été associés à cette élaboration ainsi que le service qualité. La bientraitance a fait l'objet d'une réflexion spécifique ( EPP, réflexion régionale du Groupe UGECAM, nomination de deux référents "bientraitance"). Cette stratégie, validée par la CME, et la CDU, est déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées. Ce programme intègre des réflexions de la CDU ainsi que les actions du compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches missions des professionnels. Les membres d'un groupe de travail pluridisciplinaire ( médecins, infirmiers, cadres de santé, représentants des usagers, assistants sociaux, responsable des admissions) se sont répartis l'analyse du processus et l'élaboration des plans d'actions. Le pilotage est assuré conjointement par le directeur adjoint, le médecin en charge des lits dédiés des soins palliatifs et la responsable des admissions. Il intègre les orientations stratégiques du projet d'établissement, les chartes (charte de prévention de la maltraitance , charte du patient hospitalisé, charte de la laïcité) les modalités d'accueil du patient et de son entourage. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les plans de formation des années 2015, 2016 contenaient des formations sur les droits des patients (sujet abordé lors de la journée régionale et journée de formation pour un médecin en soins palliatifs : société française de soins palliatifs; formation des deux référents "bientraitance", formation "annonce d'un dommage associé aux soins pour un médecin et la coordinatrice des risques associés aux soins). Il en est de même pour 2017 (évaluation des connaissances concernant les droits des patients). Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. La gestion des plaintes et des réclamations est structurée et opérationnelle. La directrice est nommée responsable de cette gestion. En cas de refus de soins, cela est tracé dans le dossier du patient, un paragraphe de la procédure "consentement éclairé" évoque le refus de soins. Une procédure préservant l'anonymat de signalement de faits supposés ou avérés de maltraitance a été rédigée. La démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est formalisée depuis 2013. En revanche, la mise en œuvre des mesures momentanées de privation de liberté ne font pas systématiquement l'objet d'un protocole. Il n'existe pas de protocole pour la mise en place de barrières, par exemple. Cette restriction de liberté n'est pas formalisée. Enfin, la gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Plusieurs objectifs du PAQSS concernent les droits des patients : former les représentants des usagers et visiteurs de la VMEH à l'hygiène hospitalière, réfléchir sur le moment le plus opportun pour délivrer l'information sur la personne de confiance, etc. Huit actions d'amélioration issues de l'identification des 2 risques priorités du compte qualité et 5 actions issues des instances (CDU, copil dossier patient et démarche "patient traceur") ont fait l'objet de procédures, ou de sensibilisation des professionnels. L'action d'évaluation et d'amélioration est aussi déclinée au travers de l'EPP "patient traceur". Le gestionnaire qualité gestion des risques, le cadre de santé coordonnateur des risques associés aux soins et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. La démarche EPP "patient traceur" a permis d'identifier des actions correctives.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les compétences présentes dans les services permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge comme par exemple l'assistance sociale, le psychologue. Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients par retour d'expérience suite à la mise en place des patients traceurs. Le maintien des compétences est effectif (formations et sensibilisations régulières). Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients y compris dans les chambres à 2 lits en addictologie grâce à un système de séparation. Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches ( plusieurs salons sont disponibles). Un lieu dédié peut ainsi être mis à disposition de l'entourage en cas de besoin. Le patient ou l'entourage est reçu dans un lieu permettant la confidentialité. Un plan de maintenance existe pour les matériels (fauteuils roulants et aides techniques). Les locaux vétustes du secteur addictologie ne seront plus utilisés pour l'hébergement à compter du mois d'avril. Les modalités de signalement des cas de situation de maltraitance sont définies et diffusées. De nombreux documents destinés à l'information du patient sont disponibles. Toutes les procédures sont consultables par tous les personnels sur le portail intranet. Elles sont régulièrement actualisées. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est disponible au travers du livret d'accueil, du site internet ( présentation des valeurs du Groupe) et de l'affichage dans l'établissement.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. En pratique, les patients sont effectivement informés par l'agent d'accueil qui assure l'accueil personnalisé des nouveaux patients de leurs droits et des missions de la CRU par le livret d'accueil, la rencontre avec un soignant le jour de l'arrivée et par l'affichage sur un tableau réservé à cet effet. Les soins, y compris 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 de la promotion de la bienveillance sont mises en oeuvre dans l'établissement. Dans des situations qui le nécessitent, un accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont organisés avec, par exemple, des rencontres avec le médecin, des rencontres avec le cadre de santé, l'assistante sociale, le service admission ou un psychologue. Cependant, la mise en oeuvre des restrictions de liberté ne respecte pas les bonnes pratiques. Les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite et la traçabilité de la réévaluation n'est pas toujours effective. Par exemple, la mise en place de barrières de lit n'est pas toujours prescrite. Il y a peu de situations de contention dans l'établissement. La participation du patient, et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction du projet thérapeutique ou du projet de soins et du projet d'éducation thérapeutique associé est effective : le patient valide son projet de prise en charge. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Les mesures de précaution complémentaires d'hygiène sont prescrites et tracées. Le patient et/son entourage sont informés. La réflexion bénéfice-risque est intégrée au projet du patient. La traçabilité du respect des droits des patients est assurée, ce que confirme la rencontre avec les patients dans le cadre de la démarche "patient traceur". Il y a, en addictologie des chambres à 2 lits. Des paravents sont disponibles. Des réunions de synthèse hebdomadaire ont lieu en équipe pluridisciplinaire et l'évolution de l'état de santé du patient est tracée dans son dossier. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. On retrouve ainsi la traçabilité de l'information donnée au patient sur la proposition de "projet thérapeutique" ou de "projet de soins". Les données des pré-requis du programme Hôpital numérique pour assurer la confidentialité correspondent aux attendus de la HAS. Le patient traceur a confirmé que : les droits du patient sont préservés, dans tout ce qui concerne sa dignité, son intimité et la confidentialité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs issus des enquêtes de satisfaction,, tableaux de bord, bilan d'activité de la CDU, etc.). Des audits et enquêtes sont réalisés sur la bienveillance (EPP). L'établissement suit la progression des indicateurs comme le taux des plaintes et réclamations et le taux de déclaration des événements indésirables. L'établissement évalue également le respect des droits des patients, de leur satisfaction par le questionnaire de satisfaction. Le bilan est présenté en CDU. Des enquêtes de satisfaction spécifiques complètent le dispositif comme le taux de la satisfaction globale sur la restauration ou la prise en charge de la douleur. Les résultats de ces évaluations sont synthétisés dans un tableau de bord et présentés en CDU. Ils sont articulés avec le bilan global de la démarche d'amélioration de la qualité. Une réunion d'utilité du programme d'éducation thérapeutique DIABOLAU à laquelle participent les anciens patients a lieu annuellement. La procédure "information du patient en cas de dommage associé aux soins" a été évaluée, un retour d'expérience a eu lieu fin 2014.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Elles ont pour objet, par exemple : le respect de la confidentialité, l'amélioration de la signalétique, l'amélioration de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

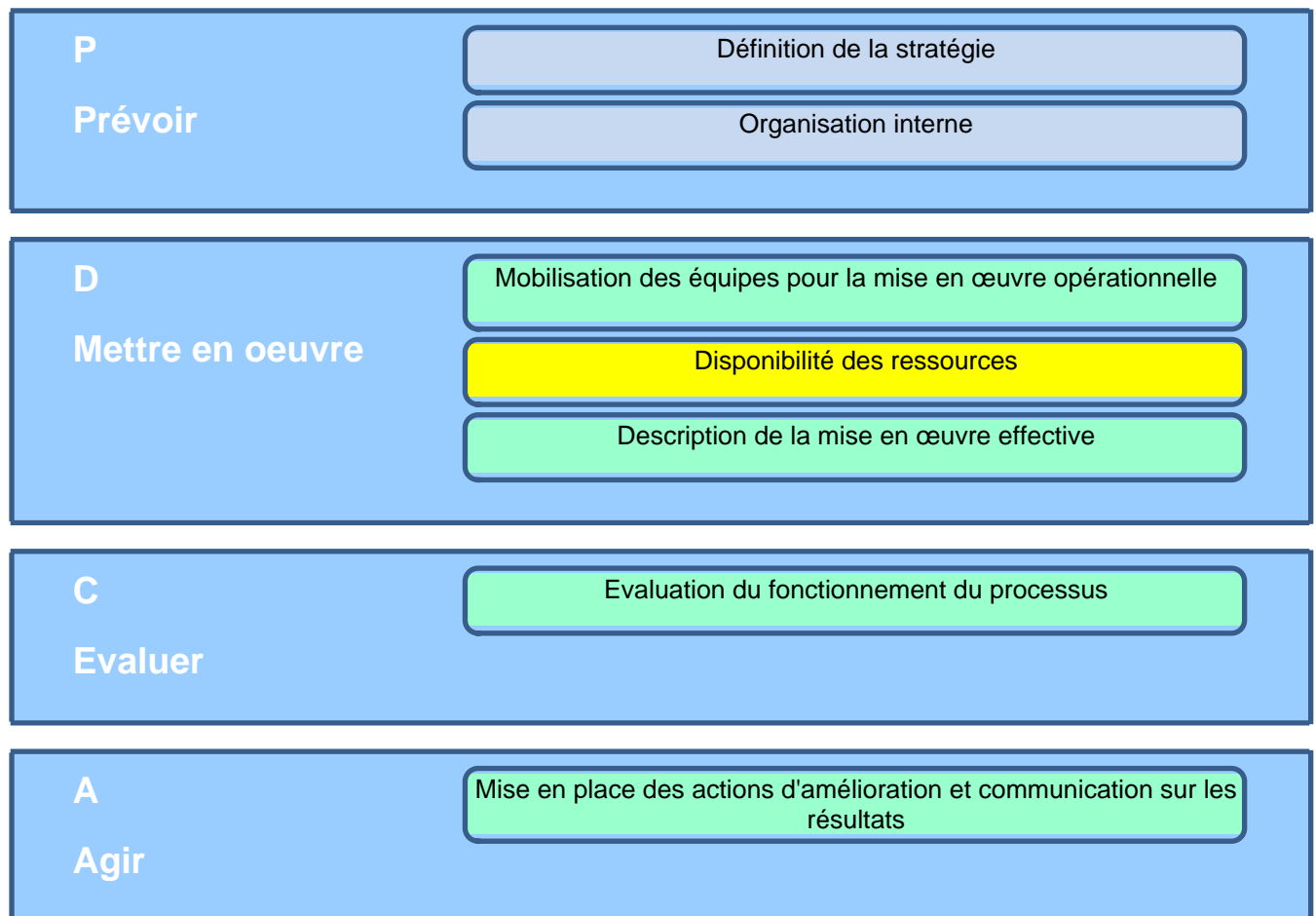
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 au sein du SSR une stratégie et des objectifs propres au parcours du patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte du territoire, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Au niveau de l'établissement le parcours concerne la prise en charge des patients en SSR polyvalent (130 lits en hospitalisation complète dont 4 lits dédiés soins palliatifs) ou en SSR addictologie (19 places d'hospitalisation complète). L'établissement a mis en place des partenariats avec le CHU de Bordeaux (hôpital pivot du territoire), le pôle gériatologique de la ville de Lormont et le CHS C.Perrens, à titre d'exemples. La politique du parcours patient est déclinée au travers des orientations stratégiques du SROS région Aquitaine, du CPOM et du projet d'établissement 2014/ 2018 (analyse et stratégie) qui intègre la politique médicale et de soins. Le projet médical prévoit des travaux qui tiennent compte des orientations stratégiques du territoire : création d'un hôpital de jour en addictologie et en nutrition (demande d'autorisation déposée). Cette stratégie, validée par les instances concernées (CA au niveau du Groupe UGECAM Aquitaine, CODIR et CME au niveau de l'établissement), est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La carte d'identité du processus et la cartographie des risques ont été élaborées avec les professionnels (groupe de travail pluridisciplinaire associé lors de la rédaction du compte qualité). Parmi les risques retenus, 5 risques ont été priorisés. Les plans d'actions du compte qualité déclinent les actions d'amélioration programmées. Les plans d'actions ont été diffusés (réunions de service, affichage, etc.). Les orientations stratégiques, validées par le CODIR, CRU et la CME sont présentées dans un programme d'action formalisé et priorisé prévoyant les ressources et les modalités de suivi. Les objectifs et les responsables sont précisés. Le PAQSS institutionnel inclut le PAQ du compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : une fiche de mission acte la mission des pilotes de processus (Directeur Adjoint, Médecin président CME). Les rôles et responsabilités y sont identifiés et formalisés. La CME a défini les modalités de mise en œuvre du programme d'actions associé au compte qualité de ce processus. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La commission d'admission (médecin, cadre de santé, responsable des admissions) a un rôle prépondérant pour s'assurer de l'adéquation des dossiers de demandes avec les autorisations de l'établissement (SSR polyvalent, lits dédiés soins palliatifs et addictologie). L'établissement n'a pas de service d'urgence. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée (personne âgée (PECM), équipement en lits gériatriques, dépistage risque de dénutrition, indicateur nombre de chutes graves). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité au travers du projet thérapeutique du patient. Un logiciel de gestion documentaire permet la coordination et la transmission d'informations à tous les services. L'organisation a défini les modalités de circulation de l'information ; à titre d'exemple, les informations transmises en réunion CME ou COVIRIS sont ensuite diffusées par les cadres de service auprès de leurs équipes lors des réunions de service ou interservices. La prise en charge s'effectue par secteur: secteur 1 et 2: SSR soins polyvalent, secteur 3 et 4: SSR soins polyvalent, secteur TDU. La répartition des patients s'effectue sur les 5 niveaux de l'établissement. L'équipe de prise en charge dont la mission est de décliner le parcours du patient est composée le plus souvent du médecin, d'un infirmier, d'un aide-soignant, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un éducateur sportif, d'une assistante sociale et/ou la diététicienne. L'équipe du parcours est pilotée par un médecin référent. Cela facilite une articulation cohérente des missions et des compétences. L'organisation de la prise en charge du patient a pour support le dossier du patient où l'on retrouve définis : l'évaluation initiale médicale, les modalités de bilan, les bilans des rééducateurs ainsi que le projet thérapeutique SSR polyvalent) ou le projet de soins (SSR addictologie). Celui-ci prévoit les modalités de concertation pluridisciplinaires, les modalités de visite médicale et les modalités de consultation extérieure, l'identification du risque suicidaire, la réflexion bénéfique risque ainsi que la réévaluation du projet et la traçabilité des actes.

### D / METTRE EN ŒUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Le cadre de santé en charge du plateau technique, le cadre de santé en responsabilité des soins, le médecin en charge du processus sensibilisent les professionnels sur les

risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus (point particulier qualité et sécurité des soins lors des staffs). Un pilote est désigné pour mener à bien chaque action du PAQSS. Ces responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors des réunions de service. Les objectifs de cette thématique sont aussi présentés dans les instances (CDU, CME, CODIR, COVIRIS, CLAN, CLUD) et en réunions de service. La démarche patient traceur est mise en place trimestriellement. La démarche CREX est initiée. (contractualisé dans le CPOM : 4 CREX par an). Des actions transversales sont mobilisent les équipes: audit douleur un jour donné, EPP dépendance du Groupe UGECAM. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. De nombreuses actions de formation sont mobilisées pour la thématique du parcours patient : DU en tabacologie pour une infirmière, DU douleur pour une infirmière, DU alcoolologie pour un médecin et une infirmière, DU obésité, hygiène alimentaire pour une infirmière, DU plaie et cicatrisation pour une infirmière, DU soins palliatifs pour un médecin et une infirmière actions de sensibilisation pour les soignants: troubles de la déglutition, risques médicamenteux , démarches d'éducation thérapeutique, patient traceur. Les professionnels sont ainsi majoritairement formés. Cependant, les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge du risque suicidaire. En effet, aucune formation sur le risque suicidaire n'est prévue dans le plan de formation et aucun des professionnels n'est formé. Un agent de maintenance assure l'entretien des fauteuils roulants. L'établissement dispose de prestataires pour assurer la maintenance préventive des dispositifs de verticalisation et des appareils de pesés. Trois chariots d'urgence et quatre sacs d'urgence sont disponibles. Les règles du dispositif pour assurer les astreintes médicales 24h sur 24 h sont définies et à disposition de l'ensemble des professionnels. Des réunions de synthèses, des bilans intermédiaires de rééducation sont programmées, il en est de même en addictologie. Une procédure prise en charge du patient pour l'hospitalisation complète prévoit l'organisation de la continuité des soins. Elle se décline dans la procédure du dossier patient et dans les projets de soins en addictologie ou les projets thérapeutiques en soins palliatifs et en SSR polyvalent. La documentation actualisées est à disposition des professionnels. Enfin, les locaux sont conformes et adaptés à l'activité.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les réunions de synthèse Médecins/cadre de santé/rééducateurs/IDE/AS/ psychologue/ assistante sociale sont effectives. Elles permettent avec les bilans intermédiaires de réévaluer le projet thérapeutique ou le projet de soins. Cela a été conforté par les investigations "patients traceurs". Le risque suicidaire est identifié (procédure, présence d'une psychologue, évaluation de l'état psychologique présente dans le dossier) .

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (exemple : la traçabilité du dépistage et du suivi des troubles nutritionnels). Le patient traceur atteste qu'il existe une importante communication orale dans l'équipe pluridisciplinaire, pour autant l'ensemble des actions de chaque intervenant est tracée dans le dossier patient. Le cadre de santé se déplace dans les secteurs pour informer le patient des rendez-vous le concernant, les cadres et les infirmières informent pour les rendez-vous extérieurs.

Il existe deux programmes d'éducation thérapeutique validés par l'ARS ( programme DIABOLAU, prévention des chutes chez la personne âgée).

Des conseils sont aussi donnés à la fois oralement et sous forme de livret : prothèse de la hanche, prothèse du genou, recommandations alimentaires, AVK, stomatologie, diabète, morphiniques. Les IDE référents hygiène, plaies et cicatrisation, stomathérapie et douleur renseignent les patients chaque fois que cela est nécessaire ou demandé par le patient. L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est déclinée sur le terrain. A titre d'exemple, elle est déclinée pour les personnes âgées : PEC médicamenteuse spécifique, évaluation sociale par l'assistante sociale, évaluation de la dépendance et de l'autonomie, évaluation des troubles cognitifs par le médecin mais aussi pour les patients porteurs d'une maladie chronique ou en situation de handicap : mise à disposition de matériel spécifique, livrets d'accueil spécifiques. Des aménagements des locaux pour améliorer l'accessibilité ont été réalisés: signalétique, rampe, mise aux normes des ascenseurs , adaptation des chambres. Des documents de préparation à la sortie de l'assistante sociale viennent compléter les documents médicaux et paramédicaux remis au patient lors de sa sortie. Les indicateurs HN sont conformes aux attendus de la HAS.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs IQSS, nombre de CREX ), tableaux de bord des indicateurs, tableau de bord CREX, tableau de bord, EPP, bilan des instances, bilan d'activité, taux de satisfaction des patients, et par des

enquêtes ponctuelles: restauration, douleur. Cependant, l'organisation de la prise en charge des urgences vitales n'est pas évaluée à périodicité définie. Des documents concernant l'urgence vitale existent mais l'organisation n'est pas évaluée.

## **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. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Le journal interne est un des supports de communication, en complément des compte-rendu d'instances (CRU, CODIR, CLAN, CLIN, CLUD); des réunions de service, des réunions bi-annuelle de l'ensemble des professionnels, de l'affichage à l'accueil et de la communication par le site internet



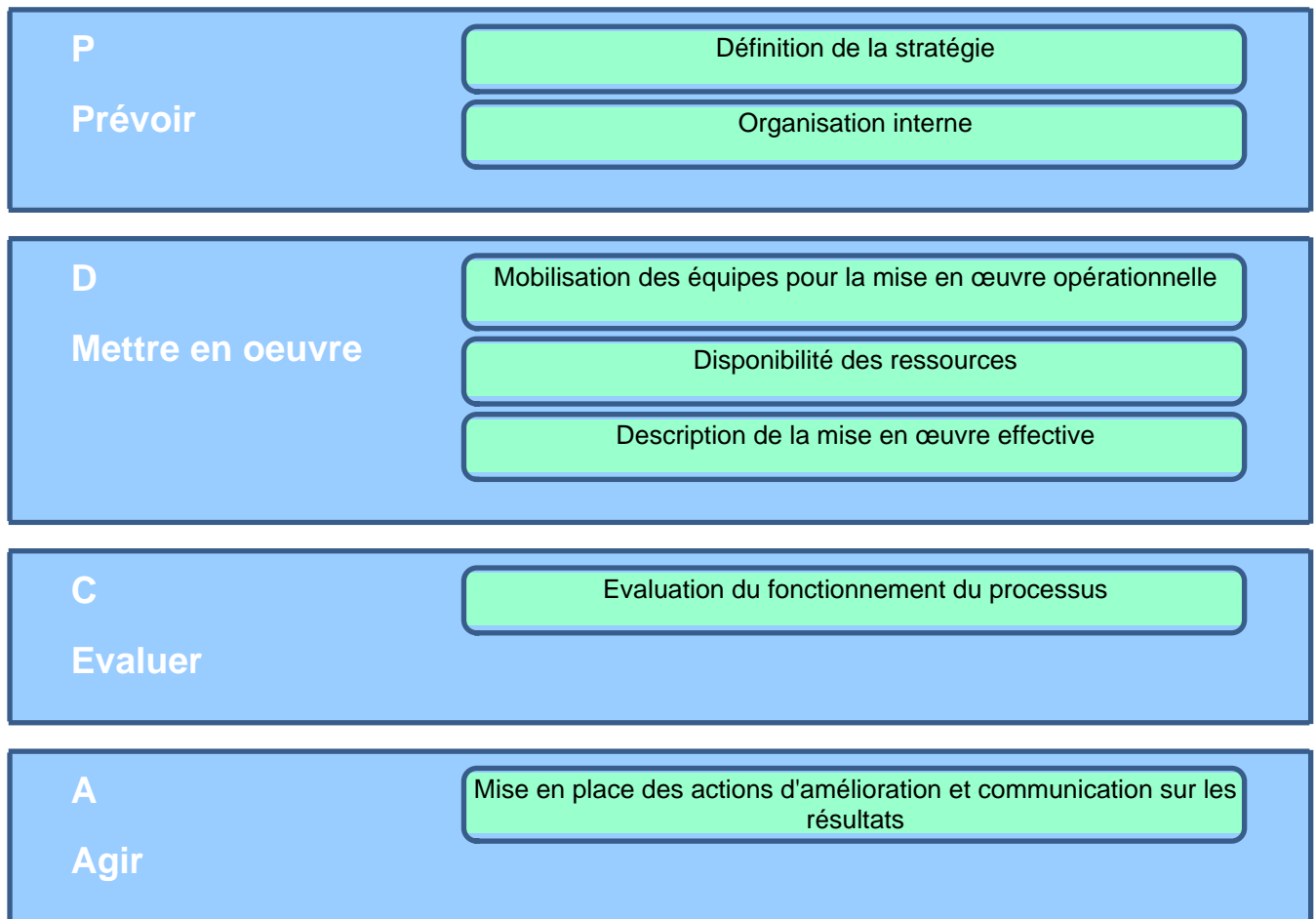
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le dossier patient est informatisé. Un changement de logiciel est intervenu en 2014. Il existe une politique de gestion du DPI avec des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique se retrouve dans les orientations stratégiques de l'établissement. Elle est validée par les instances concernées et est déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées. La carte d'identité du processus et la cartographie des risques ont été élaborées avec les professionnels (groupe de travail pluridisciplinaire associé lors de la rédaction du compte qualité). Les plans d'actions du compte qualité déclinent les actions d'amélioration programmées. Les plans d'actions ont été diffusés (réunions de service, affichage, etc.). Les orientations stratégiques, validées par les instances sont présentées dans un programme d'action formalisé et priorisé prévoyant les ressources et les modalités de suivi.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un médecin, responsable du pôle addictologie a été identifié en tant que tel.

Son rôle et responsabilités sont identifiés et formalisés dans sa fiche de mission. 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 gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le réseau informatique est largement développé avec des PC fixes, portables en liaison WIFI. Un projet de tablettes est à l'étude. Les professionnels sont formés à l'utilisation des outils par la responsable informatique du siège et sous forme de tutorat pour les nouveaux arrivants. Un plan de formation est formalisé. Des guides métiers (Manuel utilisateur EVOLUCARE) permettent à chacun une utilisation adaptée. La traçabilité se fait en temps réel et permet aux ayants droit de prendre connaissance des observations de chacun. L'accès du patient à son dossier est organisé et une information quant aux droits d'accès lui est donné par le livret d'accueil.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Tous les professionnels sont formés (formation initiale et continue par la société Evolucare) à l'utilisation du DPI. Ils disposent de guides métiers et d'un encadrement par des personnels référents. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est effective, constante. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est immédiate. L'accès aux données est protégée par login et mot de passe. L'information est partagée ce qui permet à chacun de prendre connaissance des observations de l'autre. Les différentes prescriptions passent également sur ce support informatique. Les documents papier peuvent être scannés et intégrés au DPI. Des fiches techniques ou échelle d'évaluation utiles y sont retrouvés.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens nécessaires tant sur le plan matériel qu'en personnel et documentaires sont adaptés pour répondre aux besoins identifiés et à l'atteinte des objectifs fixés pour une gestion optimale du DPI. L'utilisation de l'outil informatique est exclusive, le reliquat papier est négligeable. Les compte rendus de biologie eux-mêmes sont impacté directement du laboratoire de traitement directement dans le dossier du patient. De son domicile, le médecin en situation d'astreinte, peut par un accès à distance, consulter ses dossiers voire modifier un traitement et éditer une ordonnance s'il estime que son déplacement n'est pas nécessaire. La documentation actualisée est disponibles pour les professionnels. Une procédure de fonctionnement dégradé est rédigée en cas de panne informatique. Cette processus est accessible aux professionnels. La responsable du service informatique assure l'assistance auprès des utilisateurs et les compléments de formation si nécessaire, notamment pour les nouveaux arrivants. Les archives papier du fait de l'informatique sont réduites. Ce sont les secrétaires médicales qui s'en chargent pour les archives dites "vives" dans des locaux de proximité et pour une durée définie. Un local pour les archives plus anciennes et réservé uniquement à celles-ci, permet un stockage sur un plus long terme. Une procédure de destruction des dossiers est en place dans le respect de la réglementation. Un registre de dépôt et de retrait est régulièrement tenu à jour. Les dossiers sont en bon états et rangés selon un classement défini. La sécurisation des locaux tant sur le plan de la confidentialité que du risque incendie est réelle.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents acteurs, médicaux, soignants et para médicaux connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du dossier patient. L'accès au DPI permet un partage des données en temps utile par l'ensemble des professionnels autorisés. Des référents sont identifiés par catégorie professionnelle. Peu de temps après son admission, le patient est vu par le médecin qui à la suite de l'examen d'entrée, rédige son observation qui est saisie en temps direct et réalise les prescriptions utiles. Les infirmières et les aides soignantes font le recueil des données et les évaluations utiles le plus souvent avec des échelles intégrées au DPI: risque d'escarre, taille poids IMC, etc. L'appréciation de douleur porte essentiellement sur les douleurs nociceptives. Les douleurs neuropathiques ne sont pas évaluées par échelle adaptée. Les éléments comme le dossier médico-administratif qui regroupe les documents d'admission, la personne à prévenir et la personne de confiance sont retrouvés en parallèle du dossier médical. Les données du PMSI sont saisies par les différents professionnels. L'établissement n'est pas financé selon la T2A. Chacun à son tour saisira ses constats dans son domaine de compétence et de par son métier. Les visites hebdomadaires du médecin ou toute intervention de celui-ci, sont tracées soit directement par lui soit par la secrétaire médicale. Il en est de même du compte rendu des staffs hebdomadaires pluri professionnels qui permettent de manière collective d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient. Les interventions de l'assistante sociale et du psychologue sont tracées dans le DPI. Des données spécifiques peuvent être maintenues dans la confidentialité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la tenue du dossier patient se fait essentiellement sur la base des indicateurs IPAQSS : TDP (Tenue du Dossier Patient), sur la PEC de la douleur, le risque d'escarre, les troubles nutritionnels (Taille, Poids, IMC), DEC (Délais d'Envoi du Courrier), sur la base des déclarations de difficultés dans la manipulation de l'informatique sous forme d'EI (événements indésirables), sur la base des indicateurs propres à l'établissement : Délai d'envoi du courrier au patient lors d'une demande (actuellement de 11 jours pour moins de 10 demandes/an), nombre de demandes d'accès du patient à son dossier, nombre de doublons, nombre de collisions, etc., et enfin sur la base d'une analyse des risques du CQ (Compte Qualité). Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont au dessus des délais réglementaires. Néanmoins les demandes sont peu fréquentes. Ces évaluations se font à fréquence définie au cours de la CME et du COPIL Evolucare avec participation du responsable informatique.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre découlent des évaluations et sont diffusées aux professionnels concernés. Elles sont intégrées dans le programme global de démarche qualité (PAQSS) de l'établissement. Elles sont programmées selon un échéancier, en fonction de leur criticité, avec identification d'un référent pour les mener à bien. La diffusion des actions à mettre en place, leur progression et leur réalisation sont diffusées aux professionnels concernés, aux instances, aux usagers, sous forme de procédures alimentant la gestion documentaire ou au cours des réunions d'instances (CRU).



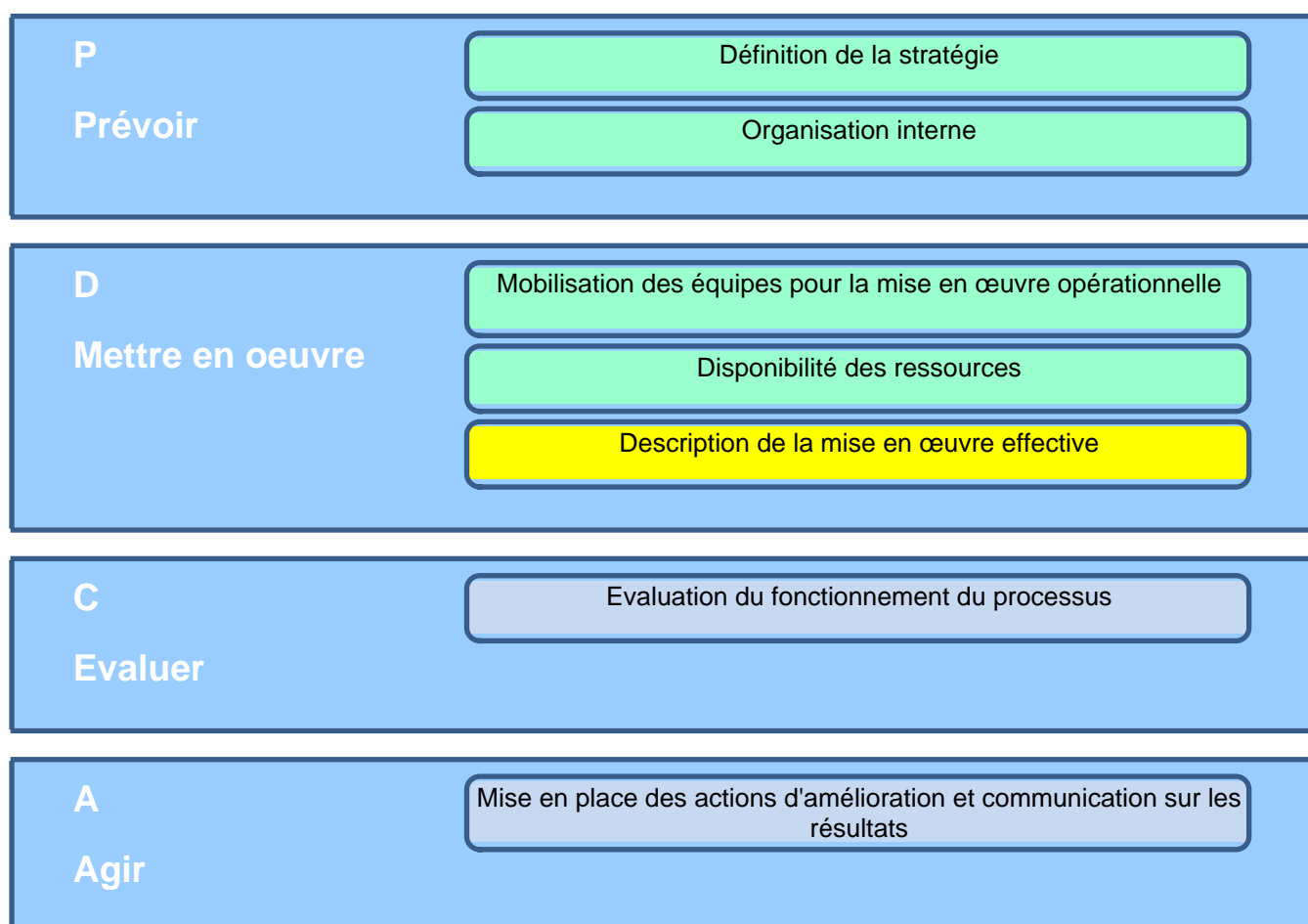
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, avec dispositions spécifiques au sujet âgé, est formalisée. Elle a été définie en concertation avec les professionnels concernés. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est totale, de la prescription à la validation de la prise. L'analyse des risques est retrouvée au niveau du compte qualité construit sur la base des audits, déclaration des événements indésirables, IQSS, indicateurs propres à l'établissement, décisions de la V2010, etc. Ces risques sont hiérarchisés en fonction de leur criticité. Les objectifs d'amélioration sont définis avec suivi d'indicateurs. Le programme d'amélioration du circuit du médicament s'intègre au PAQSS de l'établissement.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pharmacien temps plein de la PUI de l'établissement a été désigné comme pilote du processus MPECM. A ce titre, il dispose d'une lettre de mission de la direction reconnaissant et définissant ce rôle dans le cadre de la procédure de certification. L'établissement a identifié et prévu les ressources, moyens circuits et interfaces pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés dans sa politique. La PUI dispose d'un pharmacien et de deux préparatrices temps plein. Chaque préparatrice a la gestion de services spécifiques de l'établissement. La conciliation médicamenteuse n'est pas en place de manière officielle et structurée mais une réflexion permanente entre les différents acteurs contribue à adapter le traitement et informer le patient sur son traitement réel, tenant compte de son traitement personnel et des modifications menées dans son intérêt. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels. Un livret thérapeutique est établi de manière concertée entre la PUI et les médecins. La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Les différents acteurs impliqués dans le circuit du médicament sont compétents et en nombre et adapté. Chacun respecte la réglementation en lien avec son métier : prescription par les médecins, analyse pharmaceutique et dispensation par la PUI, distribution et validation de la prise par les IDE. Dans un souci de maintien de l'autonomie, des patients dits "autonomes" sont identifiés avec liberté de gestion de leur traitement sur prescription du médecin. Dans ces conditions le pilulier leur est laissé pour 24h. L'établissement élabore les documents (procédures, protocoles, etc.) et outils nécessaires à l'organisation et au déploiement du processus. Les ressources documentaires sont centralisées dans un système structuré de gestion documentaire accessible via l'outil informatique. Les professionnels sont sensibilisés à la règle des 5B. Les circuits de livraison des médicaments en PUI et dans les secteurs de soins, le retour des produits périmés, la gestion des déchets pharmaceutiques, sont organisés. L'établissement n'est pas soumis au CBUM, ne réalise pas de préparation et ne dispose pas d'unités de reconditionnement des cytotoxiques.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont informés des enjeux, risques, objectifs et plans d'actions établis pour leur secteur, définis dans le programme qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ils sont sensibilisés au bon usage des médicaments et aux spécificités de leur secteur en lien avec le type de prise en charge et la population accueillie. Ils participent au recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses, à la déclaration des événements indésirables, aux démarches d'EPP. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des Commissions de Retour d'EXpérience (CREX) et des Revues des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux (REMED) sont en place, permettant la réalisation d'actions d'amélioration pertinentes.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au-niveau institutionnel. Les professionnels bénéficient de formations périodiques adaptées (BUM, sensibilisation au risque d'erreur, etc.). Les procédures issues de documents de référence validés sont disponibles, via la gestion documentaire informatisée, et actualisée, accessible partout et pour tous via l'outil informatique. Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de soins et à la PUI. Ils sont sécurisés : portes verrouillées par digicode, placard et chariots à médicaments fermés. Des chariots sont réservés au traitement des urgences vitales internes, ils sont scellés. Des malles sont utilisées lors des activités hors établissement. Des réfrigérateurs à basse température sont disponibles au niveau des postes de soins pour le stockage

exclusif de certains médicaments. ils disposent d'une procédure d'entretien et de maintenance. Les médicaments stupéfiants sont rangés dans des compartiments sécurisés dans des armoires elles-mêmes fermées.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions médicales PM informatisées sont réalisées par les médecins. En aucune circonstance il n'y a de prescription orale. La prescription des médicaments stupéfiants respecte les spécifications règlementaires. Ces médicaments sont rangés dans des armoires verrouillées dans les locaux de soins eux même fermés à clefs. En situation d'astreinte, le médecin, de son domicile peut modifier une prescription de médicament par un accès à distance au logiciel du DPI. Au niveau de la PUI, le pharmacien analyse et valide l'ordonnance, assure la dispensation des médicaments. En cas d'anomalie dans la prescription, le pharmacien émet un avis au prescripteur. Les préparatrices confectionnent les piluliers pour 10 jours en dispensation nominative. Une dispensation globale est attribuée au service pour un stock « tampon », en cas de besoin. La préparation des piluliers journaliers, distribution et administration des médicaments sont réalisées par les IDE. L'établissement a fait le choix, en cas de dose partielle (1/4, 1/2, 3/4...) de faire une découpe au temps T et de jeter la partie non utilisée. En revanche, l'identification du médicament jusqu'au moment de la prise n'est pas toujours assuré. Certains médicaments sortie de leur flacons, sont retrouvés tel quel dans la case du pilulier, ce qui ne permet pas de les identifier, de connaître le n° de lot et la date de péremption. En cas de déplacement en chambres, les IDE disposent de chariots sur lequel est situé un PC portable relié au réseau. La validation de la prise se fait de manière variable selon les services et le profil patient. En service d'addictologie, les patients aux différents temps des prises se présentent au poste de soins. La prise se fait devant l'infirmière qui valide l'effectivité de celle-ci et la trace dans le DPI. En SSR polyvalent sont distingués deux types de patients: des patients à qui le médicament doit être distribué "au fur et à mesure", dans ces conditions la validation de la prise se fait sur constat de celle-ci et des patients qualifiés "d'autonomes", à qui, dans un souci de maintien de l'autonomie, est remis le soir, le pilulier pour 24h. C'est le médecin, au terme de son bilan d'entrée qui trace dans le DPI cette distinction. Les « non prise » sont signalées. Cependant, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas toujours assurée. En effet, pour les patients qualifiés "d'autonomes" par le médecin, la traçabilité de l'administration se fait a posteriori sur constat de la vacuité de la case du pilulier. Dans ces conditions, l'effectivité de la prise ne peut pas être affirmée. La réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72h est effective avec signalement informatique. L'ensemble des actes et vérifications liés à la prise en charge médicamenteuse est tracé sur des supports adaptés.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus Management de la Prise en Charge Médicamenteuse du patient est évalué à périodicité définie par différents moyens: interdiag, IPAQSS, Indicateurs Hôpital Numérique, indicateurs propres à l'établissement (taux d'analyse pharmaceutique, taux de réévaluation des antibiotiques, taux de validation de l'administration, évolution de la consommation des antibiotiques, etc.), déclaration des évènements indésirables (informatisée), analyse des risques du compte qualité, CREX, REMED, EPP. L'évaluation périodique du processus donne lieu à l'identification d'actions correctives rassemblées dans le plan d'action du COMEDIMS. Le COMEDIMS se réunit quatre fois par an, de constitution pluri professionnelle avec un ordre du jour et un compte rendu de séance.

#### A / AGIR

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

L'établissement met en œuvre des actions d'amélioration dans le cadre du Management et de la Prise En Charge Médicamenteuse en lien avec les résultats des évaluations. Ces actions s'intègrent dans le PAQSS. Elles permettent de préciser les objectifs de la prise en charge voire d'amener des modifications sur la stratégie en cours. Elles sont programmées selon un échéancier avec désignation d'un professionnel référent pour les conduire. Une EPP est en cours de réflexion sur la qualification plus objective du patient autonome dans la prise médicamenteuse. Par ailleurs, une EPP "Prescription médicamenteuse chez la personne âgée poly pathologique" est effective depuis 2015. La communication et la diffusion des résultats à l'ensemble des professionnels se fait au cours des réunions avec les cadres de santé, la direction et les instances comme la CME, le COMEDIMS. Une traçabilité de ces résultats est retrouvée dans la gestion documentaire informatisée.