



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
MAISON DE SANTÉ LA  
POMAREDE**

Rue de la Maternité  
30110 Les Salles Du Gardon  
DÉCEMBRE 2018

# 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	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

# 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"> <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

MAISON DE SANTE LA POMAREDE	
Adresse	Rue de la maternite 30110 Les Salles Du Gardon
Département / région	GARD / OCCITANIE
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	750050759	CANSSM	77 avenue de ségur 75714 PARIS 15
Etablissement de santé	300780111	MAISON DE SANTE LA POMAREDE	Rue de la maternite 30110 Les Salles Du Gardon

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	40

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention relative aux examens d'imagerie médicale CHG d'Alès Convention de coopération médicale : CH Alès Partenariat :Service Addictologie du CH d'Alès Convention : Equipe Mobile de soins palliatifs du CH d'Alès Convention de prestation pour la prise en charge du traitement des analyses biologiques : Laboratoire d'analyse médicale UNIBIO à Alès Convention de coopération : Clinique du Millénaire à Montpellier Convention de Fédération : SSR du CHG d'Alès Convention de Fédération : SSR Les Cadières à Saint Privat des Vieux Convention de Fédération et Convention de coopération médicale (Fédération) : SSR du CH Les Châtaigniers de Ponteils CCR de Folcheran Convention de coopération : Service de l'HAD de l'APARD Convention de coopération : EHPAD Samdo Pomarède aux Salles du

Gardon  
 Convention : Imagerie Médicale CHG d'Alès  
 Convention : Imagerie Clinique Bonnefon  
 Convention : Cabinet du Dr Faisse à Alès  
 Convention : soins de Pédicurie  
 Convention de prestation : Médica Service  
 Convention : GIP Blanchisserie du CH d'Alès  
 Convention : Société d'ambulance Fumel  
 Convention : Société d'ambulance Arnal  
 Convention : L'association Gardoise des diabétiques  
 Convention : Aumônerie catholique d'Alès

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

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

### 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	/	SSR Polyvalent	Post chirurgie	Programmée	Complexe	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

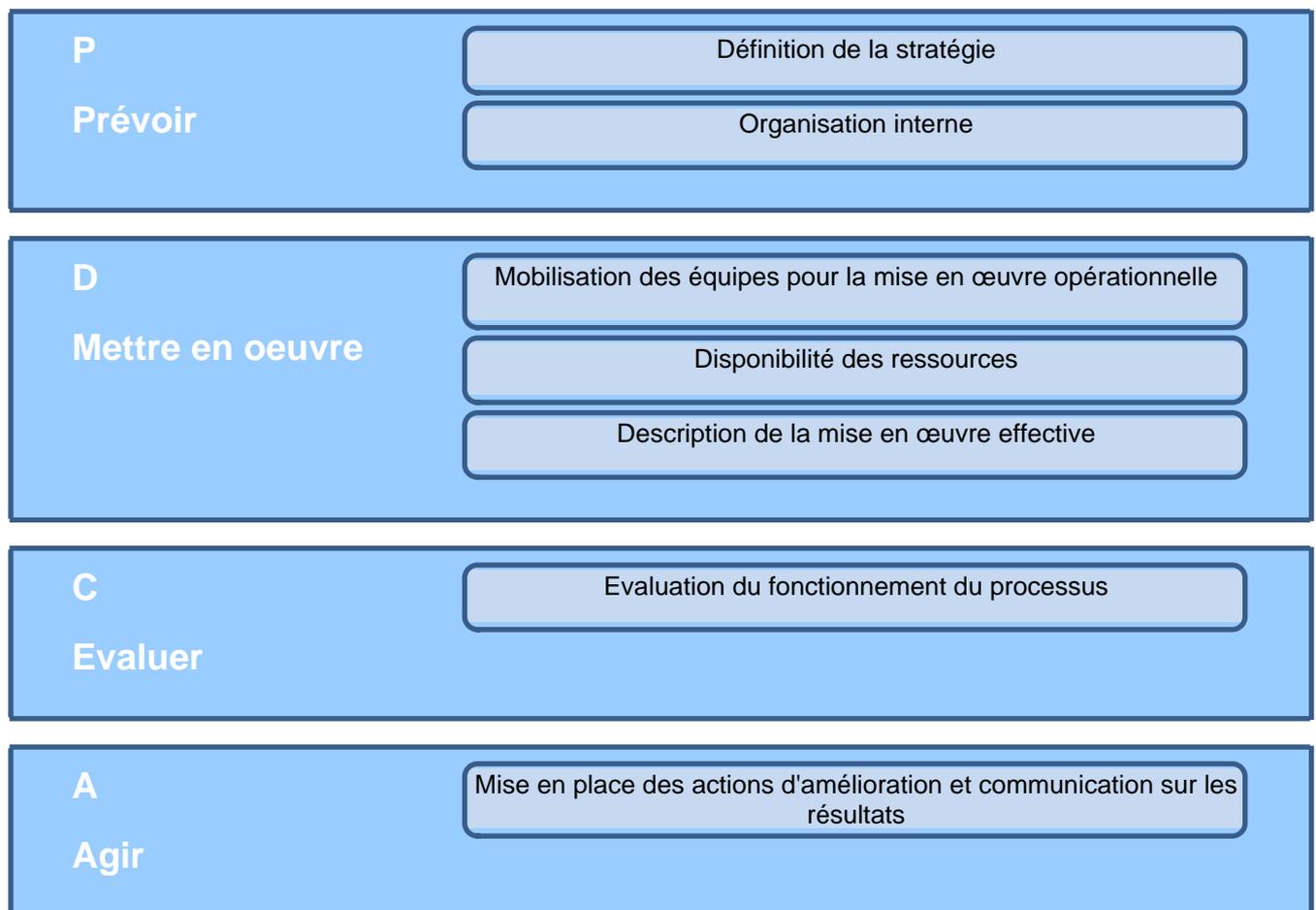
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La Maison de Santé La Pomarède est un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalent de 40 lits, géré par la Caisse Régionale des Mines du Sud, dont l'activité s'inscrit dans la politique de santé du territoire (SROS-PRS).

L'organisation et le développement de l'établissement ont été planifiés dans le projet d'établissement 2013-2018, ainsi que dans le CPOM 2013-2018. Le projet d'établissement permet de poursuivre la politique d'amélioration de la qualité des soins de l'établissement et le développement de l'activité.

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intégrant notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise est inscrite dans le Manuel Qualité 2018 - version 8 mis à jour le 19 janvier 2018. Cette politique qualité/sécurité des soins déclinée dans le Manuel Qualité est en vigueur depuis 2006 et annuellement réactualisée. Le Manuel Qualité définit l'engagement de la direction et de la CME dans une démarche qualité et de gestion des risques, et décline les rôles et les missions de chaque instance, mais aussi leurs interactions au travers d'un organigramme formalisé et diffusé. Les éléments fondateurs de la politique qualité de l'établissement sont de :

- développer la culture qualité et sécurité des soins
- garantir l'évaluation des professionnels
- favoriser l'implication des professionnels
- garantir la participation des usagers.

L'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Cette organisation se traduit par l'identification d'une RAQ gestionnaire des risques, et le pharmacien, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement dispose d'une cartographie générale des risques mise à jour en février 2018 - version 7.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation afin de piloter le processus qualité/gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches métier des professionnels concernés. Le pilotage stratégique de la démarche est assuré par la direction. Le pilotage opérationnel est assuré par la RAQ gestionnaire des risques.

Un Comité de Pilotage et de la Gestion des Risques, dénommé "COP-CGR", pilote la démarche qualité/gestion des risques de la structure. Le COVIRIS gère les vigilances de l'établissement (matéiovigilance, pharmacovigilance, identitovigilance). L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dont la mise à jour est effective en janvier 2018. Ce programme a été validé en CDU puis en CME. Le COP-CGR a défini une échelle de criticité pour le niveau de fréquence différente de celle proposée par la HAS. L'échelle utilisée est celle de la "SOFGRES".

L'ensemble de la gestion documentaire est informatisée sur le site intranet de l'établissement ainsi que sous format papier. En effet, pour des aspects de faciliter d'utilisation pour les professionnels, l'établissement dispose de la gestion documentaire également en format papier, située dans les deux unités de soins ainsi que dans le bureau de la Chef d'Unité de Soins. L'organisation des déclarations de signalement des événements indésirables est sous format papier. L'établissement a défini une stratégie permettant de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins, avec l'aide de la RAQ gestionnaire des risques et de la Chef d'Unité de Soins. Des réunions de service sont en place bi-mensuellement, permettant aux professionnels d'être associés et d'être informés des avancées des démarches d'amélioration continue.

L'établissement a conservé l'organisation de la participation des professionnels dans des instances pluridisciplinaires. Une procédure définie l'organisation des comités et des commissions, ainsi que les liaisons hiérarchiques entre les instances. La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la concertation entre les professionnels et les différents secteurs d'activité (unité de soins, plateau technique, secteur administratif, secteur logistique).

L'établissement définit un plan de formation annuel important sur la démarche qualité/gestion des risques.

Le management de la gestion de la qualité et la gestion des risques au travers des membres du COP-CGR porte une réelle culture qualité auprès des professionnels.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte-tenu de ses risques et de ses besoins, le management de la Maison de Santé La Pomarède organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels

reposant sur une concertation de l'ensemble des professionnels. La mobilisation des équipes permet la mise en place concrète sur le terrain de groupes de travail, et de leur participation dans les instances. Les équipes médicales, soignantes et thérapeutes sont impliquées dans le déploiement de la démarche qualité. Les représentants des usagers sont associés à la démarche, notamment dans leur mission sur le respect des droits des patients.

La communication entre les professionnels est réalisée via la messagerie intégrée au DPI, mais aussi via les réunions de service, et les rencontres régulières entre l'encadrement et les professionnels.

Les membres du COP-CGR s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et réglementaires. Les résultats des actions entreprises dont la procédure de certification sont communiquées aux professionnels et aux instances, via les réunions d'équipes, réunions d'instance. Les professionnels ont été informés par la RAQ de la mise à jour du Compte Qualité de l'établissement au cours du dernier trimestre 2017. Le PAQSS prend en compte l'ensemble des éléments attendus, est validé et connu des professionnels, celui-ci se retrouvant dans la GED informatisée.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Le dossier du patient est entièrement informatisé. L'ensemble de la gestion documentaire est informatisée sur le site intranet de l'établissement ainsi que sous format papier. Les professionnels, pour des aspects de faciliter d'utilisation, disposent de classeurs dûment identifiés regroupant la gestion documentaire, situés dans les deux unités de soins ainsi que dans le bureau de la Chef d'Unité de Soins. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels. L'organisation des déclarations de signalement des événements indésirables est sous format papier. Une procédure formalisée et diffusée aux professionnels définit le circuit de déclaration, de prise en charge et de suivi de la FEI. L'ensemble des professionnels dispose d'un code d'accès permettant de se connecter sur le parc informatique en nombre suffisant. L'établissement dispose d'un plan de formation annuel prenant en compte les formations du personnel sur la qualité/gestion des risques. La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée, opérationnelle et permet une hiérarchisation des risques et les modalités de traitement. Une analyse des causes profondes de FEI est effectuée par les professionnels formés et concernés. Hebdomadairement, les événements indésirables sont traités par les membres du COP-CGR. Il est formalisé que les EIG soient traités prioritairement par la direction, le médecin-chef, la RAQ/gestionnaire des risques, le pharmacien et la Chef d'Unité de Soins, en fonction de l'évènement concerné.

L'établissement a effectué deux REMED en 2018 dont un transmis à l'ANSM. La déclinaison opérationnelle structurée du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est effective.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et le représentant des usagers permet de contribuer à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

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

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la démarche. La coordination des dispositifs de vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est de la responsabilité du CO-CGR et du COVIRIS. Le Plan Blanc comportant la gestion de crise et le PSE sont formalisés. Le Plan Blanc a été mis à jour en janvier 2018. Le PSE a été créé en avril 2018 et transmis à l'ARS Occitanie. L'exploitation des plaintes et réclamations est effective, en présence si besoin, des professionnels concernés. La CDU, les représentants des usagers en sont informés périodiquement. Le résultat de l'analyse débouche sur un plan d'action d'amélioration.

L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches de patients-traceurs sont effectives depuis l'automne 2017 grâce au concours et à l'engagement motivé des professionnels.

La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée, opérationnelle, permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. L'établissement utilise la grille SOFGRES.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. En moyenne 140 fiches sont déclarés annuellement, 80 déclarations entre le 1er janvier et le 17 mai 2018.

L'établissement a défini une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels. Le DUERP a été mis à jour en avril 2018.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'évaluation de la satisfaction des usagers est requise en lien avec la CDU. L'établissement dispose d'un taux moyen de retour de questionnaires de sortie variable entre 38 et 50 %, avec une moyenne de satisfaction des usagers à 100%. La structure dispose d'une politique d'évaluation du système de management de la qualité/gestion des risques définit dans sa projet d'établissement 2013-2018, dans son CPOM 2013-2018 ainsi que dans son manuel qualité et gestion des risques.

L'établissement effectue périodiquement de nombreux audits et évaluations internes.

La Maison de Santé La Pomarède dispose d'un tableau d'indicateurs de l'ensemble de ses instances, mis à jour annuellement et transmis aux instances et à l'ensemble des professionnels.  
Les IQSS et extraits du Scope Santé sont affichés dans l'établissement à destination des patients et accompagnants.  
L'établissement déploie et met en œuvre des démarches d'EPP pertinentes avec l'engagement effectif des professionnels.

## **A / AGIR**

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

Le Compte Qualité a été mis à jour par l'établissement en fin d'année 2017. Le PAQSS est évalué annuellement en fonction des différentes évaluations menées, ainsi que des résultats obtenus. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suite au réexamen des risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et les évaluations périodiques mises en œuvre par l'établissement, sont intégrées et articulées avec le PAQSS général de l'établissement. La communication des résultats s'effectue notamment lors des réunions d'équipes périodiques, effectuées par la Chef d'Unité de Soins, mais aussi par voie d'affichage dans les services, et enfin dans la gestion documentaire informatisée. Le programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques est réajusté annuellement.

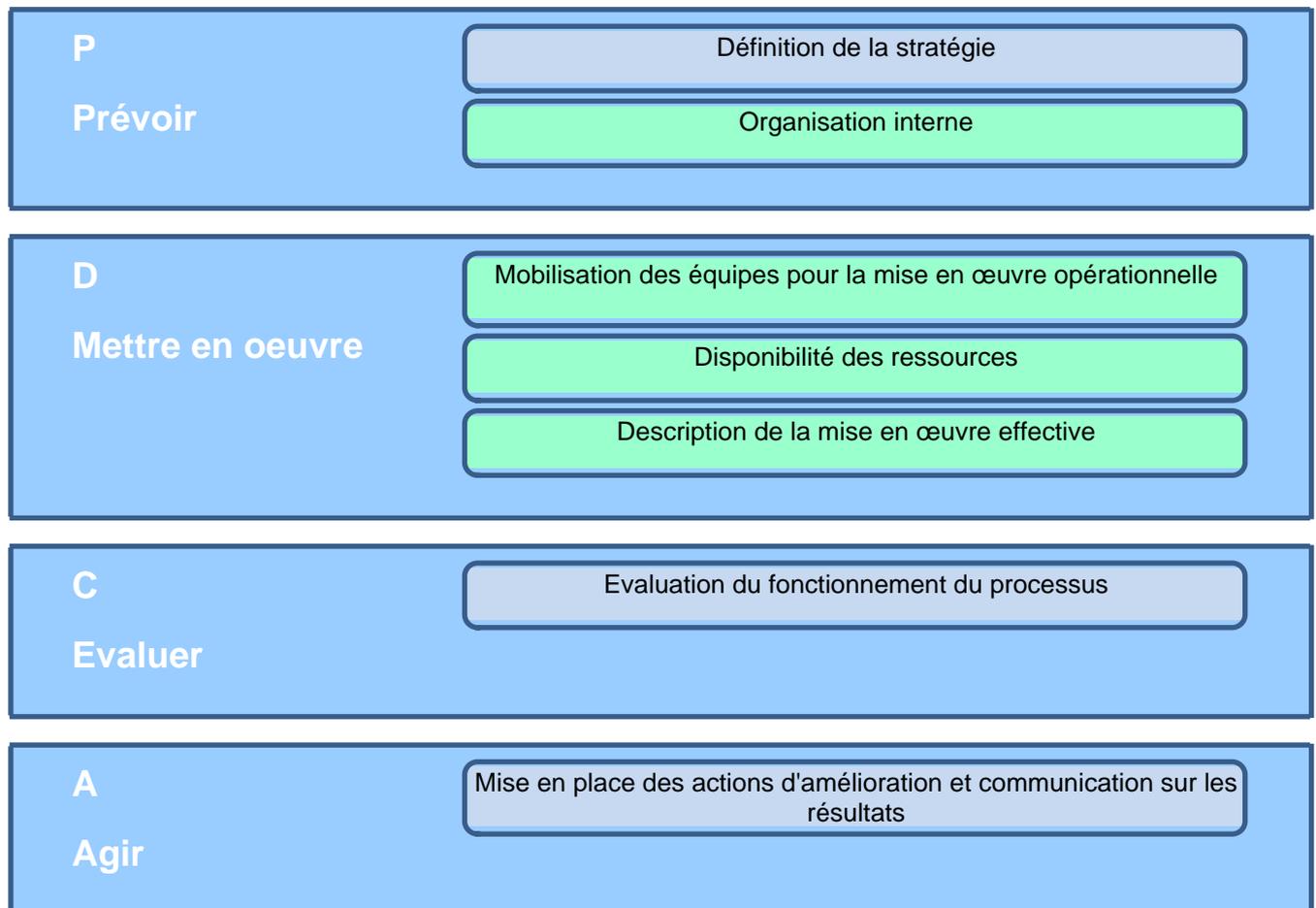
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Le respect des droits des patients est inscrit dans le Projet d'Établissement 2013-2018 en lien avec la CDU, ainsi que dans le CPOM 2013-2018 validé par l'ARS.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont des axes pris en compte par l'établissement. La politique, mise en œuvre notamment au travers des actions de la Commission des Usagers et du Comité Éthique, vise à intégrer aux activités de tous les intervenants de la prise en charge du patient, la dimension humaine et éthique du soin. De même, l'établissement a défini comme autre axe la politique de soins et la politique hôtelière s'inscrivant dans le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accueillies.

Le projet thérapeutique, projet personnalisé de soins s'inscrit dans le respect de la dignité des patients. L'établissement impulse dans sa politique des droits des patients, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, mais aussi l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, le respect des libertés individuelles, la gestion des mesures de restriction de liberté, l'information, le consentement et la participation du patient sur son état de santé et les soins proposés, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins et enfin l'organisation du recueil des directives anticipées de la part de patients. L'établissement a identifié ses besoins et a analysé ses risques sur le processus droits du patient, en impliquant les professionnels et les membres de la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a défini une organisation afin de piloter le processus. La RAQ est désigné formellement pilote de processus, accompagnée par le Président de la CDU, représentant des usagers et un médecin de l'établissement. Une fiche de mission formalise les missions du pilotage opérationnel du pilote et copilote, en charge du développement interne sur les droits des patients.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines et documentaires en matière des droits des patients. La CDU se réunit à fréquence respectant les textes règlementaires. La CDU élabore annuellement un programme d'actions. L'établissement élabore un plan de formation annuel du personnel sur les droits des patients, notamment sur le respect des items de la charte de la personne hospitalisée. La gestion documentaire est organisée de manière informatisée, mais aussi sous format papier, avec la mise à disposition des professionnels de procédures, protocoles, conduites à tenir, etc..., mis à jour périodiquement. Les patients sont informés de leurs droits mais aussi de l'existence de la commission des usagers, de son rôle et de ses missions lors de la remise à l'admission du patient, du livret d'accueil de la personne hospitalisée. Ce dernier, comprend les informations généralistes sur les droits des patients. S'adjoint à celui-ci dans la chambre du patient, un "livre de chevet" comprenant des informations complémentaires explicatives, éducatives, sur les conditions de séjour, le règlement intérieur de l'établissement, mais aussi les différentes chartes telles que la charte de la personne hospitalisée, la charte de la bienveillance, la charte de la laïcité, la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, la charte de la douleur, les chartes d'engagement au bon usage des antibiotiques. De même, des informations d'éducation sur les factures de risque cardiovasculaire, AVC, surveillance du diabète de type 2, la prévention des chutes, la lutte contre la dénutrition, notamment, complètent l'information du livret de chevet. La politique de formation des professionnels aux droits des patients est définie. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est mentionnée dans le livret d'accueil. Le Représentant des Usagers ainsi que les membres de la CDU sont mentionnés dans le livret d'accueil, comportant les coordonnées téléphonique des RU. Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont menées par l'établissement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies, formalisées et diffusées aux professionnels.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux services de soins sont fixés en concordance avec le projet d'établissement 2013-2018. La direction, les membres de la CDU, la chef de l'unité de soins s'assurent de la conformité des pratiques pour l'ensemble des services de prise en charge des patients.

Les professionnels sont informés des actions à mettre en œuvre par la chef de l'unité de soins et la RAQ sur le respect des droits des patients. Les professionnels sont sensibilisés, lors des réunions d'équipe et/ou réunions organisée spécifiquement et conjointement par la C.U.S. et la RAQ sur le respect des droits des patients. Dans les deux unités de prise en charge, lors de l'admission du patient, la personne à

prévenir ainsi que la personne de confiance sont recueillies par le personnel soignant. Le document mentionnant la personne de confiance et son accord, est ensuite scanné et inséré dans le dossier médical du patient. A l'entrée, le patient est interrogé par les soignants et/ou par le médecin sur l'existence et la formalisation de directives anticipées. Une procédure de signalement en cas de maltraitance est formalisée. Ce document décrit pour les professionnels les mesures à prendre dès lors qu'un cas de maltraitance est identifié.

L'établissement développe dans son plan de formation annuel des formations avec les personnes ressources internes, ou en externe sur les droits des patients, notamment sur la bientraitance, les différents items de la charte de la personne hospitalisée. Les résultats des questionnaires de sortie des patients sont communiqués aux équipes périodiquement, affichés dans les services. Il en est de même à destination des patients et accompagnants. Des plans d'actions correctifs sont menés le cas échéant, en fonction des résultats

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement dispose d'un nombre de chambres particulières conséquent et de 6 chambres doubles. Dans le projet de rénovation des locaux à venir, l'établissement disposera de chambres particulières accrues et seulement de 3 chambres doubles. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, au plateau technique, et dans les conditions d'hébergement sont assurés dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. L'ensemble des chambres doubles dispose de paravent de séparation; il en est de même sur le plateau technique. Les médecins, comme les professionnels du plateau technique, reçoivent les patients en colloque singulier. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont requis par l'équipe médicale dans les situations qui le nécessitent. Le projet thérapeutique/projets personnalisés de soins définit une organisation et un développement des pratiques permettant le respect des libertés individuelles. L'établissement structure l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés. L'établissement a formalisé la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins. Le corps médical est formé à la démarche d'annonce. L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin est structurée. Le refus de soins est mentionné par les professionnels dans le dossier médical informatisé. Une procédure décrit la conduite à tenir en cas de refus de soins.

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

Les différents secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mette en œuvre les procédures et protocoles validées. L'articulation entre le service des admissions, le service de soins, et le plateau technique est efficiente. L'établissement dispose d'une organisation d'admission de patients structurée sur l'ensemble des unités. Lors de l'admission, l'ASQ "Etoile" dédiée à cette fonction, remet au patient, le livret d'accueil de la personne hospitalisée. Elle communique au patient, au moyen d'une check-list procédurée, les informations concernant le règlement intérieur, le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir, une explication sur les directives anticipées etc....

Selon une procédure définie, les directives anticipées, si le patient les a défini, sont inscrites sur le formulaire HAS qui est ensuite scanné et inséré dans le DPI.

Les projets personnalisés de soins permettent d'inclure les informations proposées au patient sur son état de santé. Les organisations et les pratiques permettent de respecter les libertés individuelles du patient. La contention/la restriction de liberté, est un risque inscrit dans le PAQSS et le Compte Qualité de l'établissement.

Le projet thérapeutique, projet personnalisé de soins, inscrit le recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant le refus de soins. Celui-ci est réévalué lors des réunions pluridisciplinaires périodiques. Le patient et s'il y a lieu, son entourage est associé dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. Ceci a été confirmé lors de l'entretien du patient-traceur. L'organisation et les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont assurées dans les unités de soins et sur le plateau technique. Le refus de soins est pris en compte et tracé dans le DPI. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont assurés dans les situations qui le nécessitent.

L'organisation et les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ne sont pas assurées au niveau du service des admissions. Au moment de la visite, il a été constaté que la secrétaire administrative/comptable en poste, dans le service accueil/admission, est en remplacement depuis trois mois de la secrétaire médicale en titre. Lors des admissions patients, celle-ci dispose d'un accès au document médical de pré-admission "Trajectoire", ainsi qu'aux données médicales du dossier médical du patient, concernant les séjours antérieurs. De même elle dispose en général d'un accès aux dossiers médicaux des patients hospitalisés. Au cours de la visite, en bilan journalier, le pilote de processus du Dossier Patient, s'est engagé à modifier les droits d'accès au DPI d'une part, et ne communiquer à la secrétaire d'admission que les données administratives des patients entrants.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Maison de Santé La Pomarède évalue périodiquement le respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage au moyen notamment des questionnaires de sortie. Le taux de retour des questionnaires se situe entre 38 et 50 %.

L'établissement dispose de tableaux de bord d'indicateurs communiqués aux professionnels périodiquement, au moyen de tableaux d'affichage dans les services. De même, ces tableaux de bord sont communiqués lors des réunions CDU, aux représentants des usagers.

La satisfaction globale des patients sur l'année 2017 est de l'ordre de 80 % de très satisfaits et 20 % de satisfaits. La politique des droits des patients est évaluée annuellement en CDU et transmis en CME. Ce bilan est transmis réglementairement et annuellement à l'ARS OCCITANIE.

## A / AGIR

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

Au moyen des résultats des questionnaires de sortie communiqués en CDU et aux professionnels, des plans d'actions d'amélioration sont mis en œuvre. Les plans d'actions issus des fiches d'évènement indésirable alimentent les actions d'amélioration sur les droits des patients dans le PAQSS général de l'institution. En réunion CDU du 16 janvier 2018,

le programme d'action annuel a été défini sur l'année concernant les droits des patients. Il est fait état notamment du programme prévisionnel du Comité Éthique sur les points suivants :

- le refus de soins
- la place de la contention physique chez le patient chuteur, à risque de chutes ou à risque d'errance,
- la place de l'hydratation et de l'alimentation en fin de vie,
- la place de la sédation profonde et ses modalités de mises en œuvre en fin de vie.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

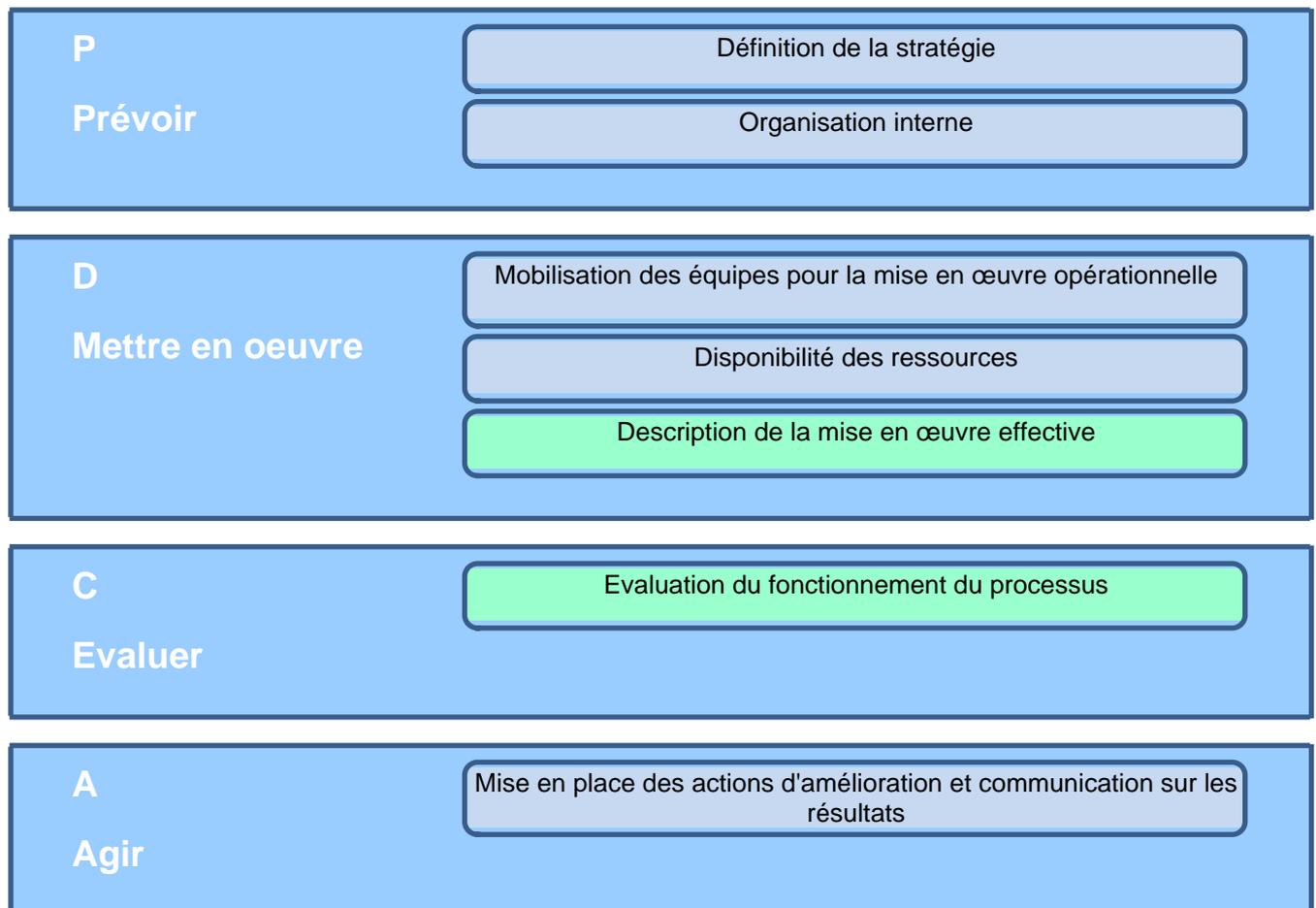
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) « La Pomarède » est un établissement de 40 lits, géré par la Caisse Régionale des Mines du Sud. Il fait par ailleurs partie de la « Fédération des établissements de SSR du bassin alésien » regroupant initialement 5 établissements SSR, puis 4 établissements actuellement suite à la relocalisation d'un SSR.

Les missions de l'établissement sont identifiées au regard des attentes du bassin de population du territoire et du CPOM et ont fait l'objet d'une politique du parcours patient retrouvée dans le projet d'établissement 2013-2018.

Le travail initial et continu de la fédération a permis d'organiser la filière des soins de suite en spécialisant chaque établissement du bassin de vie sur des disciplines spécifiques. Ainsi l'établissement "La Pomarède" s'adresse à des patients adultes, principalement âgés, en soins de suite polyvalents, sur les domaines de la rééducation post-traumatologique (60%) et cardiologique (30%).

Pour assurer le fonctionnement de l'établissement et ses relations avec les établissements de proximité, « La Maison de Santé La Pomarède » a développé des conventions, en particulier en amont avec le CH d'Alès et la clinique Bonnefon pour l'adressage des patients. En aval, des conventions existent avec les EHPAD de proximité, les urgences du CH d'Ales. Des partenariats existent par ailleurs avec par exemple les SSIAD et équipes mobiles. Des conventions sont aussi formalisées avec un laboratoire d'analyse médicale (LaboSud), avec des centres d'imagerie (Hôpital d'Alès, Clinique Bonnefon).

En plus de l'analyse des besoins du bassin de vie, l'établissement a initié une politique d'identification de ses risques sur la thématique du « Parcours patient ». Ce travail a porté aussi bien sur les risques a posteriori (événements indésirables, REMED, RMM, triggers tools) que sur ses risques a priori.

Ainsi une cartographie sur la thématique du parcours patient a été réalisée par un groupe multidisciplinaire (Direction, médecins, cadre, infirmières, pharmacien, responsable qualité). Cette cartographie est réévaluée et enrichie, le cas échéant, chaque année.

Les risques issus de ce travail sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés (criticité, fréquence, niveau de maîtrise).

Ils ont permis d'enrichir le plan d'amélioration de la qualité ainsi que le compte qualité, cohérents entre eux. Les risques prioritaires retenus sur cette thématique par l'établissement sont entre autres la gestion du risque de dénutrition, l'absence d'information aux patients.

La présentation aux instances intéressées (COP-CGR et CME) ainsi qu'aux membres du personnel et à la CDU a été réalisée.

**ORGANISATION INTERNE**

Le choix des pilotes et co-pilotes a été réalisé au regard des missions et fonctions au sein de l'établissement, la formation et ou les compétences et la participation aux instances. Le pilote du processus Parcours patient est la Cheffe d'unité de soins (CUS) et le copilote est le médecin-Chef, président de CME par ailleurs. Une fiche de processus, validée, recense les besoins de la thématique et les missions des intervenants.

L'organisation mise en place et les effectifs permettent de répondre aux besoins des patients et d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, tant au niveau du personnel soignant que médical et administratif.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. L'établissement dispose des professionnels soignants en adéquation avec ses orientations: médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, professeur d'activité physique adaptée, psychologue, diététicienne, assistante des services sociaux. Les actions de formation apparaissent dans le plan de formation global de l'établissement. Les nouveaux arrivants bénéficient de formation adaptée (Organisation, logiciels patient, circuit du médicament entre autres).

Les processus et procédures sont identifiés, formalisés, actualisés et adaptés au fonctionnement de l'établissement. L'ensemble est intégré à la gestion documentaire informatisée et disponible dans tous les services, avec une version papier accessible par ailleurs.

L'accueil du patient et de son entourage est organisé. Il existe une procédure « Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement » permettant d'assurer la prise en charge ou l'orientation d'une personne présentant une situation médicale d'urgence.

Un matériel d'urgence opérationnel (1 chariot d'urgence répondant aux normes de composition et d'entretien par étage) est disponible. Les professionnels sont formés à son utilisation et celui du défibrillateur. Des protocoles de conduite à tenir en cas d'urgence sont intégrés à la gestion documentaire et connus des professionnels.

L'organisation interne mise en place permet l'évaluation initiale du patient, puis son évaluation continue. La traçabilité est assurée. L'enrichissement des différents modules du dossier patient informatisé (DPI) permet la coordination des soins, aussi bien en interne qu'avec l'extérieur. Les besoins en système d'information sont identifiés. L'organisation du DPI intègre systématiquement le risque suicidaire, le risque

de dénutrition, l'environnement social du patient, son autonomie et les aides nécessaires à programmer. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels en internes et avec les différents intervenants extérieurs (SAMU, laboratoire d'analyse médicales, consultations externes).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement a identifié ses différents types de prises en charge. Il a défini ses objectifs avec des plans d'actions propres à chaque processus, intégrés au programme d'action. Les médecins et l'encadrement assurent la déclinaison de la politique du parcours-patient en lien avec les orientations de l'établissement. Ils communiquent auprès de l'équipe de soins sur la politique, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution par l'intermédiaire de réunion de service tous les 15 jours. Ces réunions impliquent systématiquement la CUS, les soignants et le cas échéant les médecin et/ou le pharmacien. Ces 2 derniers professionnels peuvent aussi intervenir dans le cadre des staffs médicaux hebdomadaires. La CUS intervient aussi au niveau des transmissions inter-équipes.

Le management de proximité s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place par la réalisation de nombreux audits (ou patient traceur) impliquant le personnel dans le recueil et l'analyse des données.

Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs et aux résultats des évaluations sur la thématique du parcours patient.

Les dysfonctionnements sont signalés par le biais des FSEI permettant là aussi l'implication des équipes.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles au sein du service et répondent aux besoins des patients. Les professionnels en poste sont formés ou sensibilisés sur la thématique du parcours patient. Ils réalisent des actes dépendants de leur unique champ de compétence.

Plusieurs formations sur la thématique ont été réalisées récemment dont la gestion de l'éducation thérapeutique (7 en 2017), l'accompagnement au tutorat pour les nouvelles recrues (1 IDE en 2017), le patient traceur (2 personnes en 2017), les soins palliatifs (2 personnes en DU en 2018).

Les effectifs permettent la continuité des soins 24H/24 et 7J/7, assurant qualité et sécurité des soins.

Le matériel, les locaux et les équipements sont fonctionnels et opérationnels et répondent au besoin de la thématique. Ils font l'objet d'une maintenance organisée. Les documents nécessaires à la thématique sont disponibles dans les services dans le cadre d'une GED informatisée ou papier. L'accès à cette GED est connu de l'ensemble du personnel interrogé.

Le DPI permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge et est accessible sur l'ensemble des dispositifs aussi bien fixes que nomades déployés en nombre suffisant dans les services.

Les locaux sont adaptés à la prise en charge de patients âgés. Les chambres sont en majorité des chambres seules (28 lits) mais ils existent aussi des chambres doubles (12 lits). Elles disposent des commodités nécessaires et l'oxygène peut y être installé si besoin (Extracteur). Les lits sont médicalisés. La salle de rééducation dispose de l'ensemble des appareils relevant de l'activité du service.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle des parcours et des prises en charge des patients au regard des organisations définies.

Cela concerne notamment l'ensemble des étapes de la prise en charge, les activités, les spécificités liées aux pathologies et aux populations de patients, l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales, l'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, mais aussi les prises en charge sociale ou psychologique, l'organisation de la concertation pluri-professionnelle autour de la prise en charge du patient, incluant un projet thérapeutique tracé dans le DPI, l'organisation des échanges avec les structures ou professionnels extérieurs.

L'accueil du patient, débuté au niveau du bureau d'accueil, puis poursuivi dans le service, est réalisé selon des modalités définies par l'établissement et est adapté à la population à laquelle appartient le patient. Il assure une information du patient, claire et compréhensible, sur les conditions de sa prise en charge.

Les règles d'identivigilance sont connues et respectées, un bracelet d'identification est systématiquement posé après accord du patient.

Les conditions d'accès de l'entourage du patient sont adaptées ainsi que les modalités d'information de la famille sur l'état de santé du patient (lits accompagnants, repas).

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier.

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient et réévalués chaque semaine concernant le poids du patient.

Le projet de soins personnalisé est établi en concertation avec le patient et son entourage s'il est présent, et cela dès l'entrée du patient. Il est tracé dans le dossier et prend en compte la réflexion bénéfice-

risque. L'évaluation continue du projet de soins est tracée dans le dossier. Elle permet l'ajustement du projet personnalisé de soins en impliquant le patient et/ou son entourage. Elle est associée à une information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements.

Le patient bénéficie, depuis début 2018, de staffs hebdomadaires, pluri-disciplinaires, incluant médecins, cheffe d'unité de soins, soignants et rééducateurs. La traçabilité de ses staffs est effective sous forme manuscrite, puis intégrées au DPI.

Concernant les examens de laboratoire, les demandes d'analyse sont argumentées, identifiées, datées et signées numériquement dans le DPI. Les délais de transmission des résultats d'examen sont compatibles avec la prise en charge du patient, les résultats sont retrouvés dans le dossier (sous forme papier ou numérique) et le patient est informé en cas d'examen de biologie médicale et son consentement recherché pour certains prélèvements. L'ensemble des originaux papiers lui sont remis le jour de sa sortie.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues et notamment la vérification effective de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé, ce qui confirme le patient-traçeur.

La liste des programmes d'éducation thérapeutique labellisés de proximité est disponible et connue des professionnels au travers d'un site internet disponible en Occitanie (MonETP.fr). Des actions d'éducatives thérapeutiques sont réalisées au sein de l'établissement avec des documents supports (AVK, AVC, signes d'alerte en cardiologie). L'ensemble est tracé dans le DPI. Un livret de chevet est disponible dans chaque chambre et inclut de nombreuses informations pour l'éducation du patient sur un panel large de situations médicales (lavage des mains, infections, carnet vaccinal ...)

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement la thématique "Parcours patient" au travers d'audits, de suivis d'indicateurs, et d'EPP. Plusieurs indicateurs ont trait avec le risque de dénutrition, la couverture vaccinale des patients, les chutes, la pertinence des séjours. Des EPP sont en cours sur la thématique dont la méthodologie patient traceur (3 patient en 2018) et une EPP sur la prise en charge de la dénutrition des patients. L'établissement suit par ailleurs annuellement des indicateurs dont les IQSS, la satisfaction du patient, les événements indésirables en lien avec la thématique.

Ces indicateurs et résultats d'audits sont intégrés dans un tableau de bord annuel diffusé à l'ensemble du personnel.

## A / AGIR

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

Le programme d'amélioration de la qualité est réajusté régulièrement (au minimum annuellement) en fonction des résultats des évaluations, audits, Patient-traçeur, campagnes de recueil d'indicateurs, EPP.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme d'actions. On peut citer par exemple l'amélioration du flux des patients MCO-SSR après évaluation de l'utilisation de Viatrajectoire. L'implication des cuisines a permis de réduire les consommations de compléments nutritifs oraux par l'enrichissement des repas. L'établissement a par ailleurs créé une règle d'analyse de la douleur permettant l'harmonisation du recueil entre médecins et soignants.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances et informe les professionnels des résultats obtenus. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés ainsi qu'aux usagers.



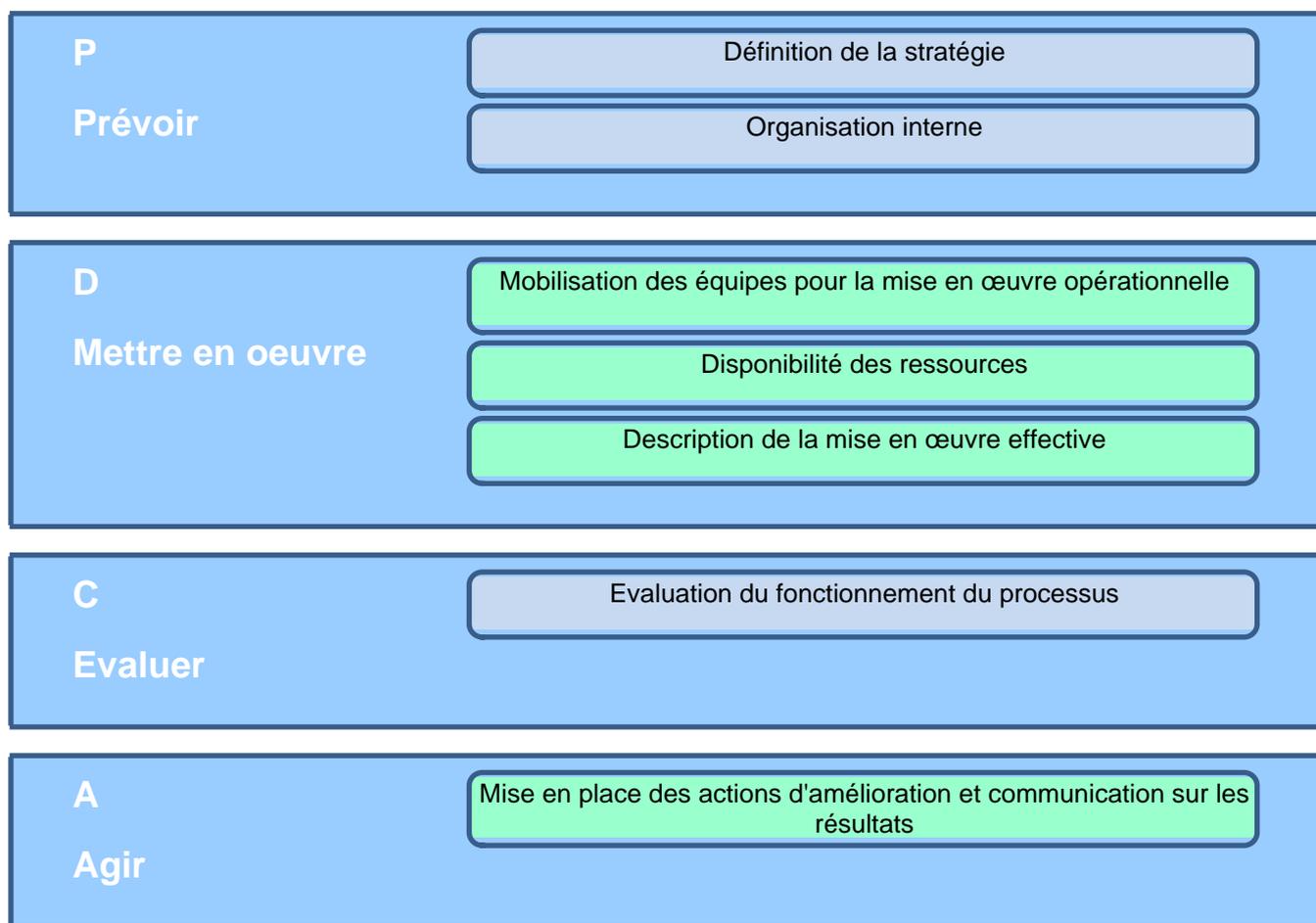
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La Maison de Santé La Pomarède a défini sa politique du dossier patient dans son projet d'établissement 2013-2018 validé en CME. La politique du dossier patient est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement, au travers du système d'information. L'établissement a identifié ses besoins et a analysé ses risques sur le processus dossier patient, en impliquant les professionnels. Le dossier médical informatisé est en place depuis fin 2012. Le système d'information de l'établissement, mentionne dans le projet d'établissement, que celui-ci est destiné à assurer le recueil, le stockage, le traitement, la transmission, l'archivage, la traçabilité des informations produites, utilisées ou transmises afin de répondre aux objectifs de la structure et au cadre réglementaire. L'informatisation du dossier du patient est complète. Une analyse des risques a été réalisée en groupe pluridisciplinaire. Des risques ont été retenus et mentionnés dans la cartographie des risques. Un plan d'actions d'amélioration est en cours et transcrit dans le Compte Qualité de l'établissement. Les pilotes responsables de la conduite des actions ainsi que les échéanciers sont définis dans le plan d'action global. Le pilote de processus des nommé en la personne du Président de la CME. Les règles de gestion du dossier patient unique sont formalisées au travers d'une procédure déclinant l'utilisation du dossier informatisé, de sa création jusqu'à son archivage.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus de tenue du dossier patient est piloté par le Médecin-Chef, Président de la CME en charge de valider les évolutions de cet outil et d'analyser les évaluations. Le président de CME assure le pilotage opérationnel du processus. Une instance, la "CICI" (Cellule Information-Communication Informatique) chapeaute l'organisation générale. Cette instance, pluri-disciplinaire, gère la politique globale du schéma du système d'information. L'établissement dispose d'un logiciel dossier patient informatisé, dont les droits sont définis en fonction d'habilitations personnalisées. Les responsabilités, les règles de confidentialité, les modalités de contrôle et la surveillance de l'utilisation du système sont définies. Les règles d'accès du patient à son dossier sont formalisées dans une procédure, pour lui-même et ses ayant droits. Cette information sur ce droit d'accès est indiquée dans le livret d'accueil qui lui est remis à son arrivée. La formation continue des professionnels est assurée par le pilote de processus et repose sur des actions de formation en fonction des besoins en codage PMSI/CSARR selon l'évolution de la DMA. La formation des nouveaux professionnels est organisée par un accompagnement par les pairs lors de leur prise de poste. Un guide pratique comportant des captures d'écran est également formalisé à destination des médecins d'astreintes de la Fédération des SSR du bassin Alésien afin de faciliter la prise en main du logiciel. Il existe une interface entre les différents logiciels administratif, pharmaceutique, de codage PMSI et le logiciel du dossier patient. L'accès aux résultats d'analyses biologiques est organisé via leur réception sécurisée depuis le laboratoire de biologie médicale jusqu'à l'intégration automatisée dans le dossier patient informatisé. La base de données sur le dossier patient avec les procédures et protocoles est organisée et accessible dans la gestion documentaire qualité informatisée, ainsi qu'en format papier dans les unités de soins, afin de faciliter la consultation. Le plan de reprise d'activité est formalisé et les modalités en cas de panne informatiques sont prévues, notamment par la mise à disposition de modes opératoires précis et définis. La gestion sécurisée du DPI est assurée par le siège. La gestion des archives est organisée. Le pilote de processus est en charge de ce suivi.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le pilotage opérationnel du processus « dossier patient » est assuré par le médecin-chef et la RAQ. Les membres de ce groupe organisent la déclinaison du programme d'actions en fonction des risques identifiés et des besoins des utilisateurs. Des actions d'information et de sensibilisation sont organisés auprès des différents professionnels impliqués dans la prise en soins du patient, afin de favoriser l'implication des professionnels. Le médecin-chef et la RAQ veillent au respect des bonnes pratiques par la réalisation d'audits réguliers sur différents points du dossier patient, sous forme de "triggers tools" (méthode HAS) mais aussi au moyen de la méthode du patient-traceur, en place depuis l'automne 2017. Quatre patients traceurs ont été effectués depuis sa mise en place. Les pilotes du processus veillent à une appropriation effective des règles d'utilisation et d'accès au dossier du patient auprès de l'ensemble des professionnels, des nouveaux recrutés, des vacataires et des étudiants. L'établissement dispose d'indicateurs pertinents d'HN. Les délais définis par la réglementation concernant l'accès du patient à son dossier sont respectés.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La Maison de Santé La Pomarède met à disposition les ressources humaines nécessaires à la gestion du dossier patient. Les besoins en accompagnement et développement des compétences des professionnels sont pris en compte à toutes les étapes du processus tant au niveau de la création du dossier que de la gestion du dossier patient informatisé tout au long du séjour par les utilisateurs qu'ils soient médicaux, soignants ou membres du plateau technique. Les professionnels bénéficient de formations à l'utilisation du logiciel dossier patient et aux règles d'identitovigilance. Des procédures sont mises à la disposition des professionnels ainsi qu'auprès des nouveaux embauchés, qui bénéficient d'un accompagnement par les pairs pour la prise en main du logiciel. Les prescripteurs d'astreintes sont également formés par le médecin-chef à l'utilisation du DPI. Les professionnels disposent d'un équipement informatique adapté à leurs activités. Les postes de soins sont équipés de manière à pouvoir assurer une traçabilité en temps réel de leurs activités de soins sur des postes informatiques fixes et/ou ordinateurs portables. L'établissement est équipé de la Wi-Fi sur l'ensemble des locaux de prise en charge des patients. Les locaux et les équipements informatiques permettent d'accéder facilement et de façon sécurisée au dossier patient. Les locaux et ressources en matériel bureautique et équipements informatiques sont en adéquation avec les besoins. Les salles de soins sont sécurisées et les bureaux administratifs sont fermés en l'absence des professionnels. Chaque professionnel dispose de matériel informatique adéquat afin d'intervenir, selon son profil d'accès, dans la gestion du dossier patient. Les procédures et documents en lien avec la gestion du dossier patient sont disponibles dans la gestion documentaire qualité informatisée et en format papier dans un classeur dédié. Les fonctionnalités de l'outil informatique permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient. Des alertes sont paramétrées par catégorie professionnelle dans le dossier patient informatisé, afin d'en faciliter l'utilisation. Durant le séjour du patient, les données sont accessibles dans le dossier patient informatisé au professionnel en fonction de son profil et de son niveau d'habilitation. Des modes opératoires sont définies dans le guide d'utilisation permettant d'assurer une continuité dans la traçabilité des soins en cas de panne ou dysfonctionnement sur le système informatique, et un accès aux données sauvegardées est possible depuis les plans de soins en cas d'impossibilité d'accès au logiciel dossier patient. L'ensemble des documents externes et des documents papiers en cours de séjour, sont scannés et intégrés dans le DPI. Les documents papiers sont ensuite détruits au broyeur. Les données des hospitalisations antérieures sont accessibles sur informatique. L'hébergement des données est effectué par le siège sur des serveurs dédiés. L'archivage des dossiers papiers des patients, en amont de la mise en place du DPI sont archivés sur un site sécurisé de la Caisse Régionale des Mines du Sud, pendant les travaux de rénovation de l'établissement.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services administratifs et services cliniques participent à la mise en œuvre des dispositions prévues pour la gestion du dossier patient. Les informations utiles à la continuité de la prise en charge pluridisciplinaire du patient sont partagées par l'ensemble des professionnels impliqués, en fonction des habilitations attribuées et de leurs champs de compétences. Les professionnels utilisent le dossier patient informatisé comme outil principal de continuité et de coordination de la prise en charge et participent aux évaluations, notamment au moyen d'audits réguliers menés par les pilotes de processus (Trigger-Tools), mais aussi au moyen de la méthode patient traceur afin d'améliorer en continu les traçabilités nécessaires à cette continuité et coordination de prise en charge. Une information dans le livret d'accueil indique aux patients les modalités de traitement informatique de leurs données ainsi que celles relatives à la possibilité d'accès à leur dossier. En l'absence de secrétariat médical, au moment de la visite, l'équipe médicale assure la constitution et la gestion de l'archivage du dossier patient informatisé et veille à l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation dans les délais nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, ainsi que le confirme l'IQSS « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Les professionnels connaissent les règles de gestion du dossier patient et savent où rechercher les procédures et protocoles institutionnels. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient ainsi que le confirme les patients traceurs réalisés. A la sortie du patient, les éléments du dossier administratif, des documents en provenance de l'établissement d'amont, sont scannés et donc regroupés dans le dossier patient permettant ensuite, après traitement au DIM, l'archivage du dossier dématérialisé. Les dossiers sont transmis à chaque patient qui en fait la demande et le délai moyen d'envoi respecte ceux définis par la réglementation. L'établissement communique en CDU le nombre de demandes d'accès au dossier ainsi que le délai moyen d'envoi, lors des réunions de l'instance. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels sont assurées. L'établissement dispose d'un logiciel dossier médical informatisé mis en place depuis 2012. Au cours de la visite, la direction a précisé qu'un nouveau logiciel dossier patient informatisé devrait être mis en place dans les mois à venir par la CARMI du Sud-Est sur l'ensemble des établissements qu'elle gère, dont la Maison de Santé La Pomarède.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a défini une politique du dossier patient formalisée, structurée, coordonnée et efficiente. Les pilotes de processus mènent périodiquement des évaluations sur le dossier patient, notamment selon la méthode de "Triggers-Tools" (HAS). De même, l'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux en lien avec le processus. Au moment de la visite les IQSS 2018 sont recueillis.

En complément, des évaluations au moyen de la méthode du "Patient Traceur" ont été menées depuis l'automne 2017 jusqu'à juin 2018, soit 4 patients-traceurs. Elles ont permis d'évaluer et d'améliorer les traçabilités dans le dossier patient informatisé. Les résultats des évaluations et IQSS du dossier patient informatisé sont suivis, le COP (instance qualité/gestion des risques de l'établissement) dispose de tableaux de bord. L'instance "CICI" suit notamment les indicateurs suivants :

- % traçabilité des informations et des actes par catégories de personnels;
- % importation des documents papiers;
- Nombre de pannes et bugs informatiques sur 1 an;
- Nombre de fois où l'accès à l'information médicale était impossible (mode dégradé y compris).

Le tableau de bord d'indicateurs est mis à jour annuellement.

Ces résultats sont communiqués aux professionnels ainsi qu'à la CME et à la CDU. Les IQSS et les différents indicateurs du Scope Santé sont communiqués au patient et entourage, ainsi qu'aux professionnels, par voie d'affichage dans les unités.

Sur le bilan 2017 de la CDU transmis à l'ARS Occitanie, il est fait état d'aucune demande d'accès au dossier médical de la part de patients.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration continues menées autour du dossier patient sont intégrées dans le plan d'actions qualité de l'établissement, mis à jour annuellement, et articulées avec le compte qualité. Dans son PAQSS annuel, l'établissement définit des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CDU. En fonction des résultats des évaluations menées, EPP, patient traceur, et du niveau d'atteinte des objectifs, des actions d'amélioration sont mises en œuvre, reprises dans le plan d'actions institutionnel. Les résultats des évaluations et les actions conduites sont communiqués aux professionnels par affichage (indicateurs IQSS), en réunion d'instances, les réunions de personnel. Les usagers sont informés des résultats par affichage des indicateurs IQSS au sein de l'établissement. Le représentant des usagers est informé lors des réunions de la CDU des données relatives à l'accès du patient à son dossier.

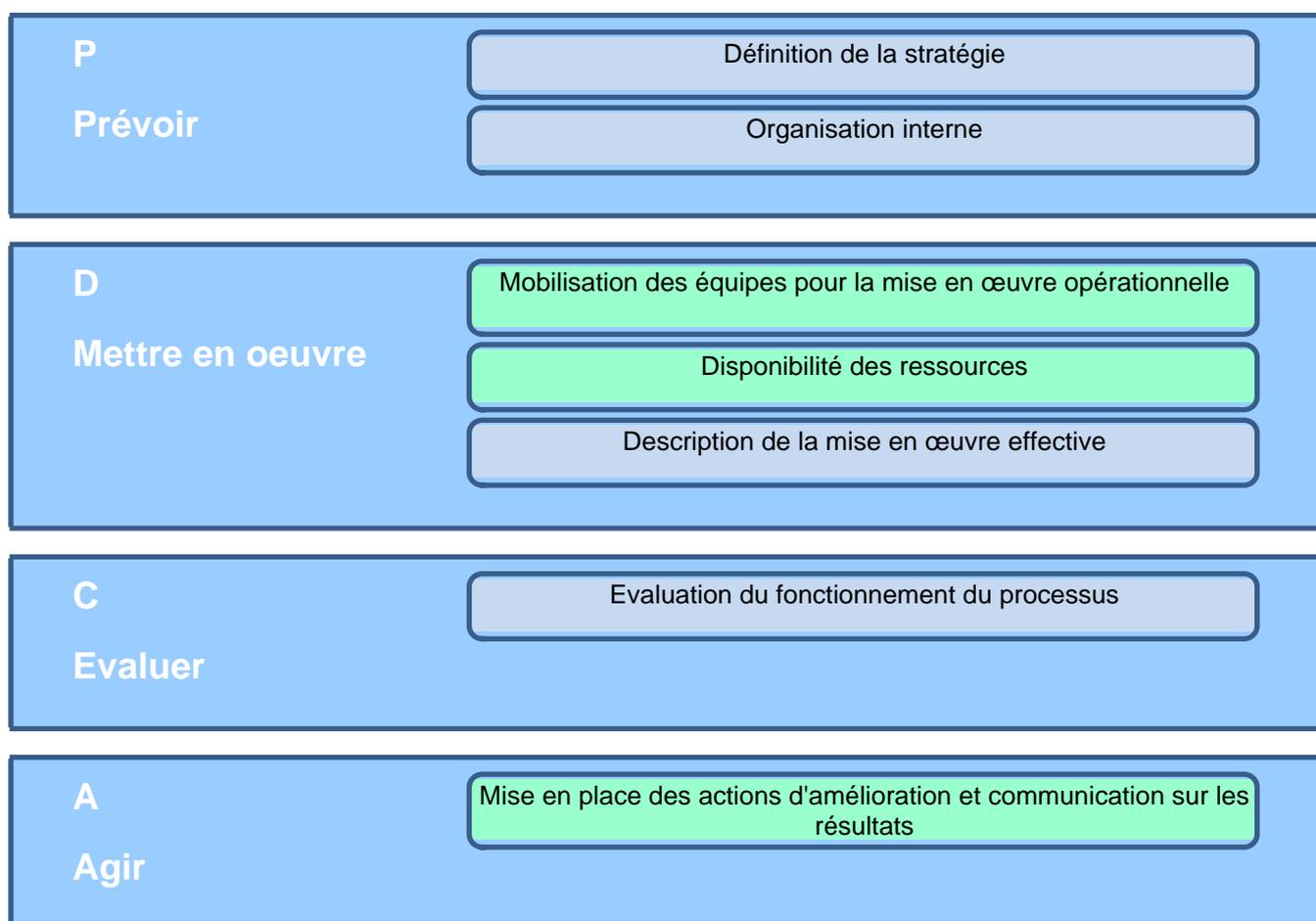
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Le soins de suite et de réadaptation (SSR) "La Maison de Santé La Pomarède" a défini une stratégie de la prise en charge médicamenteuse de ses patients en prenant en compte les besoins de ces derniers et les possibilités de l'établissement. Cette stratégie s'intègre dans la politique de l'établissement retrouvée dans le projet d'établissement 2013-2018.

L'établissement s'appuie pour cela sur une pharmacie à usage interne (PUI).

Cette stratégie repose sur une identification des besoins et des risques réalisée de manière participative, incluant les professionnels impliqués préférentiellement dans cette thématique (dont Pharmacien, médecins, soignants). Elle s'appuie sur une cartographie des risques multisourcée et enrichie par des audits internes, événements indésirables, résultats de suivi d'indicateurs dont IQSS, résultats de patients traceurs.

Cette stratégie tient compte des risques spécifiques et en particulier des médicaments à risque (dont la liste est définie) et des populations à risque dont la personne âgée. Ces risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et sont analysés avec les professionnels concernés (criticité, fréquence, niveau de maîtrise). Des risques prioritaires ont été identifiés par l'établissement, concernant par exemple l'identification du médicament à toutes les étapes de son utilisation, la sécurisation de l'administration.

La politique de prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le programme qualité du SSR "La Pomarède" qui définit les modalités de sa mise en œuvre (actions, responsables, échéances, modalités de suivi). Elle a par ailleurs été déclinée dans le compte qualité cohérent avec le plan d'amélioration de la qualité. L'ensemble de la stratégie de prise en charge médicamenteuse a été présenté aussi bien aux instances intéressées (COP-CGR et CME), qu'aux membres du personnel et à la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage et la mise en œuvre de la politique du médicament et du suivi du programme d'action sont assurés par le pharmacien, pilote de la thématique, aidé par un co-pilote (médecin président de CME), en s'appuyant par ailleurs sur un COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) effectivement déployé.

Ils suivent régulièrement les tableaux de bord d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, les événements indésirables liés au médicament (dont les erreurs médicamenteuses) ainsi que les résultats des audits réalisés dans ce domaine. La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible en pharmacie.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants. Des sensibilisations régulières et formations sont en rapport avec le risque d'erreur médicamenteuse.

L'ensemble des processus logistiques et cliniques mis en œuvre dans le circuit du médicament est repris au sein d'un manuel qualité disponible par ailleurs dans la gestion documentaire (informatique et papier) de l'établissement.

La dispensation du médicament s'appuie sur une dispensation de type nominative hebdomadaire. Le livret thérapeutique est mis à disposition des professionnels directement en ligne via le logiciel de prescription de l'établissement, ou sous format papier. La gestion des erreurs liées aux médicaments fait l'objet d'une gestion structurée dans le cadre des événements indésirables en association avec les professionnels concernés et peut faire l'objet de REMED. Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces, aussi bien ascendantes que descendantes, avec un système d'alerte disponible sur les téléphones des administrateurs de garde.

Des recommandations de prescriptions chez la personne âgée sont disponibles et accessibles pour les prescripteurs.

Aucun accès à la pharmacie n'est possible en l'absence du pharmacien. La permanence pharmaceutique est assurée. Elle repose sur la PUI lors de la présence du pharmacien, puis sur une armoire pour dotation urgente présente au 1er étage de soins. Enfin, en cas de non disponibilité du médicament prescrit, une convention avec le CH d'Alès permet un approvisionnement en urgence. L'établissement a formalisé une organisation permettant de sécuriser l'ensemble du circuit, de la dispensation des médicaments à leurs distributions: locaux de la PUI, chariots de transports et de stockage, stockages intermédiaires. Un dispositif de gestion documentaire est en place pour cette thématique, reposant sur une gestion documentaire informatisée connue et accessible aux professionnels, ainsi qu'une version papier.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète, reposant sur un DPI (Arcadis) interfacé avec l'outil de prescription (Dispen) et la gestion de stock (Hodis). Les circuits et les interfaces sont définis avec le secteur clinique.

La gestion des périmés est protocolisée.

Le pharmacien, qui assure le contrôle pharmaceutique exhaustif, a accès, par voie informatique aux données cliniques et biologiques des patients et assure l'exhaustivité du contrôle pharmaceutique des prescriptions médicales. L'alerte pharmaceutique est réalisée en ligne entre pharmacien et prescripteurs.

La conciliation médicamenteuse est initiée et intéressée aux jours de la visite près de 20% des patients pris en charge.

La préparation des piluliers est assurée par l'infirmière de nuit à chaque étage, à partir de la distribution hebdomadaire nominative. Les traitements restent identifiables après préparation.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le management du secteur d'activité, associant médecins, Cheffe d'unité de soins (CUS) et pharmacien, organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières, par exemple lors des réunions de service bi-mensuelles auxquelles le pharmacien peut être amené à participer. Le pharmacien intervient régulièrement dans les staffs médico-soignants hebdomadaires. Le COMEDIMS se réunit régulièrement (7 réunions en 2017) et ses comptes rendus sont accessibles à l'ensemble du personnel.

L'encadrement de proximité et le pharmacien s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place. Une évaluation régulière de la prise en charge médicamenteuse est réalisée permettant une implication des professionnels dans le recueil des données et son analyse. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a déployé les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse. Les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine. Les professionnels sont formés et sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse. La formation des professionnels au logiciel du circuit du médicament est assurée comme le confirment les observations sur le terrain. L'établissement a déployé une informatisation complète du circuit du médicament au travers d'un logiciel unique retrouvé sur les deux services visités. Les ressources matérielles permettent une sécurisation du circuit. Les locaux de la PUI, récents (2012), sont adaptés, clairs et sécurisés, permettant un travail favorisé.

L'ensemble des dispositifs de stockage est fonctionnel, ergonomique et sécurisé. Des chariots, mis à disposition du personnel infirmier, sur lesquels sont fixés un ordinateur nomade, permettent l'administration et la validation de l'administration en temps réel. Les infirmières qui réalisent l'administration portent un gilet informant de respecter ce temps de travail (pour limiter les interruptions de tâches avec risque d'erreur). Les procédures, le manuel qualité de la pharmacie, sont accessibles à tous dans la GED. Elle recouvre l'ensemble des documents nécessaires à un bon fonctionnement du circuit. La GED inclut par ailleurs l'ensemble des comptes rendus du COMEDIMS, les plans d'actions en cours et les résultats des mesures d'amélioration, permettant une information des personnels. Des actions d'éducation à la santé sont menées auprès des patients et de leur entourage sur des thèmes concernant le médicament comme par exemple le traitement anticoagulant.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En regard des protocoles, des manuels et des règles de bonnes pratiques formalisés au niveau de la thématique "Management de la prise en charge médicamenteuse du patient", ainsi que du matériel effectivement disponible dans le service de soins, les professionnels appliquent les dispositions prévues, comme le confirment les investigations de terrain et la méthode du patient traceur.

Les règles de prescriptions sont respectées, dans un système informatisé unique. Ces prescriptions tiennent compte des éléments comme les allergies, débit de filtration glomérulaire, antécédents recueillis. La traçabilité des prescriptions est effective. Cela est confirmé par la valeur de l'indicateur IQSS "Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses" à 100%.

Le suivi du traitement médicamenteux initial est effectif. La réévaluation des antibiotiques entre 48 et 72 heures est en place et rappelée si nécessaire par l'outil informatique sous forme d'alerte dans des cibles dédiées. Le traitement personnel du patient est pris en compte (prescription, analyse pharmaceutique, suivi et ordonnance de sortie). Ces dernières sont conformes aux attentes en termes de contenu et le patient est informé, tout au long de son séjour et au moment de sa sortie, de la prise en charge médicamenteuse, comme en témoigne le patient traceur.

L'analyse pharmaceutique est effective, exhaustive, avec un accès aux données cliniques et biologiques par le pharmacien. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète (prescription, dispensation, administration) et déployée sur l'ensemble de l'établissement.

L'administration est en place et respecte les règles d'identification du médicament. La gestion des médicaments à risque est retrouvée dans le service. Le circuit de stockage, transport et délivrance est conforme aux attentes (sécurité, hygiène, chaîne de froid). La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité et respecte les règles de bonnes pratiques. La continuité des traitements du patient est assurée de l'admission à la sortie, transfert inclus.

Chaque patient fait l'objet d'une étude médicale formalisée sur sa capacité à être autonomisé sur la prise de son traitement, avec traçabilité de cette capacité dans le DPI. Il bénéficie d'une information claire sur les modifications thérapeutiques réalisées dans l'établissement et cette information est tracée dans le DPI. Chaque patient, à sa sortie, bénéficie des documents nécessaires à la continuité de sa prise en

charge médicamenteuse. Ses traitements personnels, le cas échéant, lui sont remis avec l'information nécessaire. Cette information est tracée sur un document papier remis au patient et conservé par ailleurs dans le dossier du patient.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Des évaluations régulières du processus "Médicaments" sont réalisées. Le SSR "La Pomarède" recueille les indicateurs comme les IQSS. Il suit de plus les indicateurs ICALIN dont ICATB en rapport avec l'antibiothérapie. D'autres indicateurs internes sont institués comme par exemple les consommations d'antibiotiques, de psychotropes, de SHA, le taux de conciliation médicamenteuse (20% au jour de la visite sur l'ensemble des patients). L'établissement suit par ailleurs ses événements indésirables sur le circuit du médicament. Deux EPP (sécurisation du circuit du médicaments et médicaments à risque) sont déployés et suivis sur la thématique. Trois patients traceurs analysant par ailleurs le circuit du médicament ont été réalisés. L'ensemble des indicateurs de suivis, résultats d'audits est colligé dans un tableau de bord accessible au personnel.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'améliorations en matière de prise en charge médicamenteuse sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs de suivis, des résultats des audits et EPP, des patients traceurs et de l'état d'avancement du plan d'amélioration de la qualité, réévalué périodiquement.

Ainsi suite à l'identification du risque lié à une mauvaise identification du médicament à l'administration (1/2 ou 1/4 de comprimé lors de la préparation des piluliers), un système d'étiquetage de chaque comprimé a été déployé en pharmacie. La conciliation médicamenteuse en en voie de déploiement, et une mise en place des triggers-tools a été initiée sur le circuit du médicament en particulier pour les audits de cette thématique. L'ensemble des évaluations, indicateurs, mesures d'améliorations et formations/sensibilisations font l'objet d'une communication organisée en particulier sur le système informatique ou papier dans le cadre de la GED ou lors de réunions institutionnelles.