



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION MECS L'ILE AUX ENFANTS

41 rue henri pourrat
63150 La Bourboule
FÉVRIER 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
4. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MECS L'ILE AUX ENFANTS	
Adresse	41 rue henri pourrat 63150 La Bourboule
Département / région	PUY-DE-DOME / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	630000362	ASSOC.D'EDUCATION POPULAIRE - LA BOURBOULE	63150 La Bourboule
Etablissement de santé	630781433	MECS L'ILE AUX ENFANTS	41 rue henri pourrat 63150 La Bourboule

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	50

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant ou adolescent	Affections respiratoires	/	Programmé	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

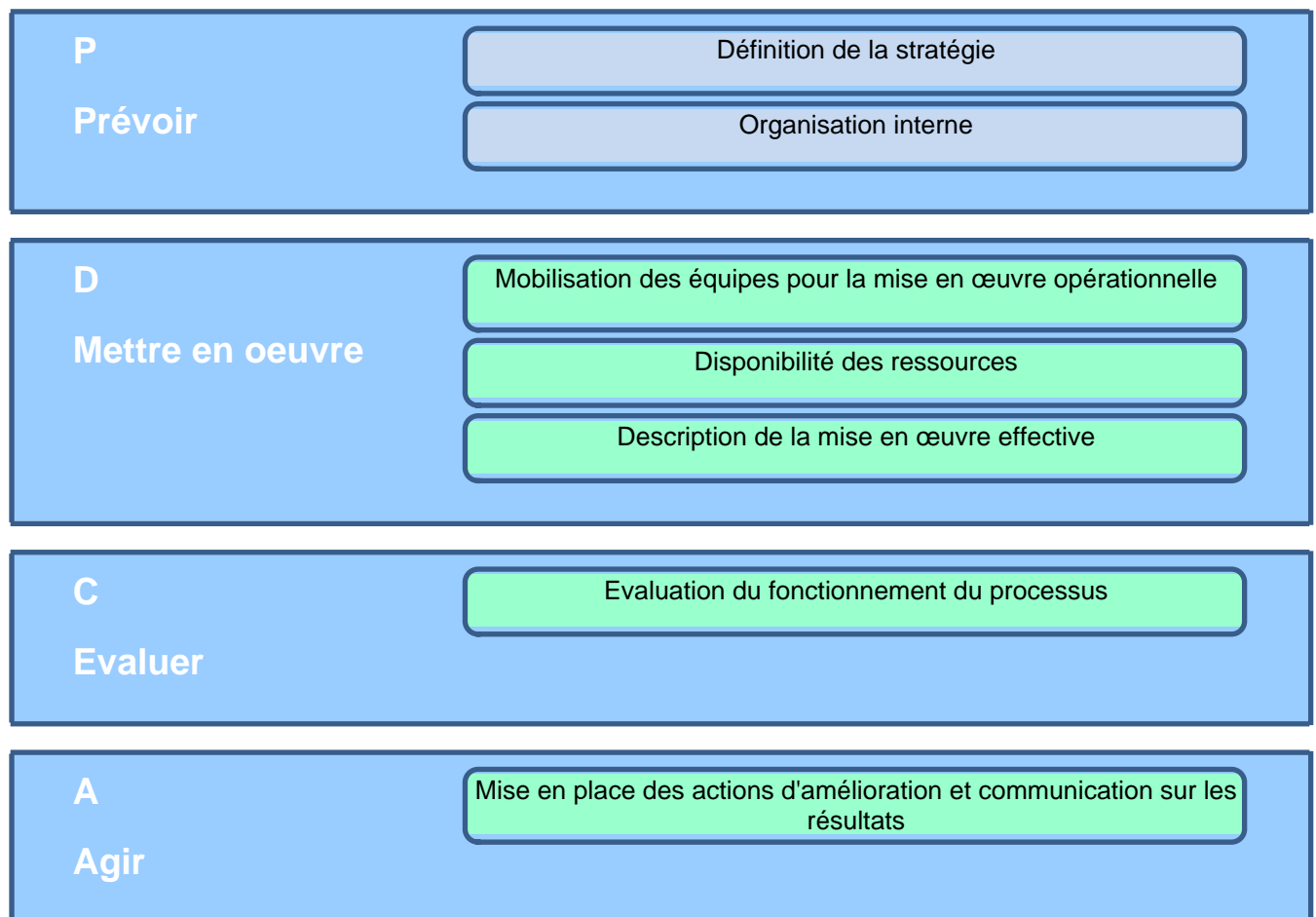
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS), située à 850 mètres d'altitude, dispense des soins de suites et de réadaptation en hospitalisation complète pour cures thermales.

Sa capacité totale d'accueil est de 50 enfants âgés de 3 à 17 ans pour une durée d'hospitalisation de 21 jours. Le centre est ouvert de 12 à 18 semaines par an dans le cadre de son activité saisonnière. Dans le cadre de son fonctionnement, elle dispose de professionnels permanents et fait appel à des professionnels vacataires saisonniers.

La politique qualité et gestion des risques de la MECS "Ile aux Enfants" est conduite dans ce contexte d'activités menée en discontinue. Elle s'appuie sur une stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et intègre la gestion de crise avec le Plan Blanc. L'établissement a identifié ses objectifs d'amélioration et décliné ces axes prioritaires autour de : la pérennisation et l'appropriation des démarches qualité, la réponse aux exigences de bonnes pratiques, le respect des droits des patients/usagers, la poursuite et l'approfondissement des relations avec les usagers et leurs représentants, l'augmentation de la qualité de l'information en toute transparence envers les usagers. La politique qualité est inscrite dans les orientations stratégiques 2017/201 en lien avec le contrat pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens 2018/2021.

Les sources utilisées par l'établissement pour rédiger sa politique sont issus des résultats des précédentes certifications, de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, de la cartographie des risques a priori, des résultats d'audits internes, des résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des patients, de leur entourage et du personnel, des évaluations des pratiques professionnelles et des résultats des indicateurs IPAQSS. Elle est fondée sur une étude préalable des risques, menée par un groupe de travail pluridisciplinaire.

Des objectifs propres à chaque risque identifié ont été formalisés et priorisés par le groupe de travail. Ils ont fait l'objet d'une validation par le comité de pilotage SSR (COFIL SSR) en utilisant des critères de l'échelle HAS en référence à la fréquence, la gravité et en déterminant un niveau de criticité et de maîtrise pour chaque risque. Ces objectifs ont été validés en commission médicale d'établissement et présentés à la Commission des Usagers (CDU) et aux professionnels de l'établissement.

Le PAQSS comportant les plans d'actions issus de l'analyse des risques fait l'objet d'un suivi et d'une réactualisation en continue.

Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies : les pilotes responsables des processus sont identifiés et chaque action est assortie d'un échéancier, d'un niveau de priorisation, d'une évaluation du niveau de maîtrise en place, du rattachement ou pas au compte qualité, de l'état d'avancement... Le tableau de bord des indicateurs de l'établissement est intégré dans le PAQSS, ce dernier est issu la cartographie des risques et il est en place depuis 2010, chaque risque identifié donne lieu à une action décidée à la suite d'une analyse de risque et de sa maîtrise, chaque action possède systématiquement un calcul "valeur de l'indicateur" en rapport avec l'"objectif de l'indicateur". Le TDB est donc issu du PAQSS, lui même issu de la cartographie, et se réfère à de nombreux critères V2014. Les indicateurs sont au nombre de 174 à fin septembre 2018.

Il existe une articulation entre le compte qualité et le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le management qualité gestion des risques est piloté par le Directeur de l'établissement en association avec le Directeur Adjoint Qualité et la Responsable qualité. Les fiches de missions pour les pilotes du processus et le groupe de pilotage sont définies. Le Programme QGDR est issu du COFIL GDR et est réactualisé chaque année en CME.

L'établissement a identifié ses besoins et ressources parmi le personnel tant au niveau des compétences nécessaire que de ses besoins en présence infirmière et éducative et pédagogique pour exemple : éducateur sportif, infirmière puéricultrice.. Dans le cadre de la qualité des soins, les besoins en ressource externes sont également pris en compte par conventions et coopérations de professionnels tels en kinésithérapie, en dentiste, en assistante sociale.

Le plan de formation prévoit des formations en interne avec une sensibilisation des professionnels à la qualité et à la sécurité des soins notamment au travers de la formation sur la "bienveillance maltraitance", les erreurs médicamenteuses. Des actions de vigilance partagée sont en place entre mars et juin 2018 autour de l'utilisation des produits d'entretien et de désinfection 27/04/2018, autour de l'allergie alimentaire avec la mise en place d'un tableau de bord qualité et risques depuis janvier 2017.

Les besoins en documentation sont pris en compte. Les procédures relatives au management de la qualité et des risques sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé et directement accessibles pour les professionnels de soins, pour exemple : procédure d'arrivée tardive et procédure concernant l'agression verbale d'un enfant ou jeune envers un adulte datant toutes les deux d'avril 2018. L'ensemble des comptes rendus des instances, résultats d'audits sont accessibles dans cette base documentaire. Le

système de l'information est structuré avec un dossier patient informatisé partiellement en place depuis 2009. L'ensemble de la gestion documentaire est informatisé, l'ensemble des professionnels disposent d'un identifiant et mot de passe.

Les besoins en matériels et équipements sont également prévus. De nombreux activités et équipements sont mis à disposition des enfants et adolescents : outils pédagogique, jeux en plein air, espace de jeux en intérieur et en extérieur. Deux véhicules de transports permettent d'organiser des sorties randonnées, visites culturelles etc... Les équipements, matériels et locaux répondent aux besoins des professionnels avec une salle de soins, un bureau infirmier, un bureau médical lumineux et sécurisée, des ordinateurs portables fixes, un ordinateur portable partagé entre les médecins et les infirmiers disposant de la seule licence DPI. Les professionnels disposent d'une mallette d'urgence située au bureau médical/salle de soins et d'un défibrillateur semi automatique.

Il existe des plans de maintenance. En interne, le service technique intervient pour les réparations courantes préventives et curatives. La maintenance des chaufferies, ascenseurs, eau chaude sanitaire est assurée par des prestataires locaux.

Il existe des interfaces notamment avec la pharmacie de ville et le centre thermale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes sont identifiés et ont connaissance des objectifs institutionnels. Ils disposent des plans actions dont ils ont la charge par l'intermédiaire du COPIL SSR. L'ensemble des plans d'actions est centralisé et décliné dans un PAQSS unique. Le PAQSS est réactualisé à chaque réunion de chaque groupe de travail, il est suivi en mode projet et la cotation de chaque risque / action / indicateur est gérée en continu. Le programme QGDR, comme la politique, est actualisé chaque année.

Les professionnels permanents ont accès aux comptes rendu des instances : compte rendu du conseil de la vie sociale, du COVIRISQ en charge de la centralisation des évènements indésirables etc. Les professionnels vacataires sont informés et sensibilisés lors de la préparation du début de chaque session. Les rappels sur le respect des bonnes pratiques sont réalisés notamment lors de la réunion pluridisciplinaire quotidienne. Des actions de sensibilisation auprès des professionnels ont été réalisées par l'encadrement sur les précautions standards et complémentaires en février 2018, sur la déclaration des évènements indésirables en février et juin 2017, sur l'utilisation des produits d'entretien en avril 2018.

L'établissement a mis en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans la démarche de qualité et sécurité des soins. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est connue par les professionnels, huit démarches sont en cours actuellement.

Les professionnels participent à l'élaboration des actions correctives par l'intermédiaire des groupes de travail, des différentes vigilances en place au sein de l'établissement (CLAN, CLUD, EOH..) et la rédaction de fiches d'évènements indésirables et démarches d'EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources et compétences d'infirmières, d'animateurs, d'éducatrice, de médecins sont en adéquation avec les besoins de la population accueillie. Les compétences présentes ou mobilisables au sein de l'équipe pluridisciplinaire permettent de répondre aux attentes de l'ensemble des personnes prises en charge.

L'ensemble des procédures en lien avec le processus est accessible via la GED informatisée. Les protocoles et procédures sont formalisés et actualisés. Des supports d'informations sont disponibles et accessibles librement pour les enfants, adolescents et les familles. Le livret d'accueil remis systématiquement lors de l'admission comporte les informations concernant la CDU, le circuit d'une plainte ou réclamation, la personne de confiance, l'identitovigilance, le droit à l'image et le respect de la vie privé. Un livret d'information du nouvel embauché est également remis aux professionnels vacataires. Ils bénéficient systématiquement de deux journées d'intégration avant chaque début de session. Lors de ces journées, ils sont sensibilisés sur la démarche qualité gestion des risques et sur les conduites à tenir en cas d'évènements imprévus (pour exemple crise d'asthme..).

Les locaux permettent la répartition des activités par tranche d'âge. Les chambres sont occupées en moyenne par quatre enfants et l'hygiène des locaux est assuré en interne. La salle de soins et le bureau médical/infirmier sont sécurisé. Les équipements sont adaptés aux besoins : armoires à pharmacie, mallette d'urgence, trousse de premiers soins, défibrillateur semi automatique situé près de la salle à manger... L'établissement dispose d'une cour intérieur, de plusieurs salles d'activité, de salons et de deux chambres de repos situées à proximité de la salle de soins utilisées en cas de surveillance spécifiques des enfants ayant des problèmes somatiques.

L'établissement dispose de nombreux ordinateurs et outils pédagogiques pour les enfants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels administratifs, médicaux, soignant et pédagogiques mettent en œuvre les plans d'actions de la qualité et de la sécurité des soins en étant impliqués dans le déploiement des enquêtes

satisfaction auprès des familles et enfants, des audits de pratiques, des patients traceurs et des démarches d'évaluation de pratiques pluri professionnelles menées lors des sessions de cure. Ils sont mobilisés dans les groupes de travail et participent à l'identification des risques et à l'élaboration des plans d'actions du PAQSS et le suivi du compte qualité.

Le dispositif de déclaration des évènements indésirables est en place. Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement, ils participent aux déclarations des FEI, au recueil des dysfonctionnements et au signalement en cas de suspicion de maltraitance, auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Des évènements indésirables récurrents ont été signalés en 2017, il s'agissait d'erreurs en lien avec les allergies alimentaires. A chaque FEI une réponse a été donnée (la fiche a été transmise aux cuisines et des rappels ont été faite auprès des équipes). Le COVIRISQ a mis en place une analyse des causes profondes par l'intermédiaire du groupe de travail dédié : le CLAN (comme précisé par l'expert en D1). Les causes ont été analysées. Des actions ont été mises en place : révision de la liste des produits utilisés en cuisine avec fiche produit systématique y compris une liste d'aliments de substitution en cas de rupture de stock de la part du fournisseur, formation du cuisinier et des personnels de service par un médecin allergologue, révision du protocole « allergies alimentaires » et décision de ne servir les enfants allergiques qu'en dernier, création d'un set de table spécifique avec photos d'aliments à risque (toujours en cours d'étude à la date de la visite).

Cependant, l'analyse des causes profondes des évènements indésirables récurrents ne fait pas l'objet d'un traitement spécifique systématique à l'échelle de l'établissement. Plusieurs fiches d'évènements indésirables notamment en lien avec l'établissement de cure thermale n'ont pas fait l'objet d'une analyse des causes profondes. Le COVIRISQ, instance en charge de l'analyse des FEI ne réalise pas de CREX avec les professionnels concernés. Les comptes rendus de l'instance retracent uniquement la nombre de FEI sur la période en question sans plan d'actions formalisés et partagés avec l'établissement de cure. Des actions correctives sont mises en oeuvre en interne par les professionnels déclarants et/ou proposées à postériori par le COVIRISQ.

La gestion documentaire est accessible et connue des professionnels qui savent s'y référer en cas de besoins.

Les consignes de sécurité incendie sont connues et appliquées par les professionnels.

Cependant, les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes ne sont que partiellement identifiées. Les investigations de terrain ont permis d'objectiver certains risques non identifiés par l'encadrement à savoir accessibilité à des produits lessiviels, à des objets métallique contondant à proximité des aires de jeux, fermeture des fenêtres non sécurisées, couteau à trancher le pain en salle à manger, champignons présents dans l'aire de jeux des enfants. La direction de l'établissement a fait preuve de réactivité pour réduire les risques mis en évidence durant la visite.

La gestion des plaintes et réclamation est effective, entre novembre 2017 et septembre 2018, cinq doléances ont été enregistrées et traitées par l'établissement en associant les professionnels permanents et vacataires. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques professionnelles au regard des procédures diffusées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du fonctionnement du processus. L'établissement s'appuie sur une stratégie de déploiement des démarches d'évaluation de pratiques pluri professionnelles. Huit démarche d'EPP sont en cours, un audit patient traceur est mené lors de session de cure. Différents audits sont réalisés et l'établissement participe au recueil de certains critères issus de la tenue du dossier patient et d'hôpital numérique. Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque enfant lors de son admission, ce dernier est adapté à l'âge de l'enfant. Le suivi de l'ensemble des indicateurs internes et externe est assuré via des tableaux de bord synthétiques. Chaque instance réalise des comptes rendus, ces derniers sont accessibles via la GED.

A / AGIR

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

L'ensemble des pilotes des processus avec les instances assurent le suivi des actions d'améliorations, ces dernières viennent alimenter le PAQSS de l'établissement. Les résultats de ces évaluations et les plans d'actions mis en place font l'objet d'une démarche de communication auprès des professionnels lors de chaque session de cure et auprès des usagers membres de la CDU. L'établissement a fait le choix de publier le "Top ten des indicateurs stratégiques"

qui n'est qu'un extrait de 10 indicateurs, bien sûr issu du PAQSS, mais choisi comme outil de communication stratégique pour diffusion en externe.

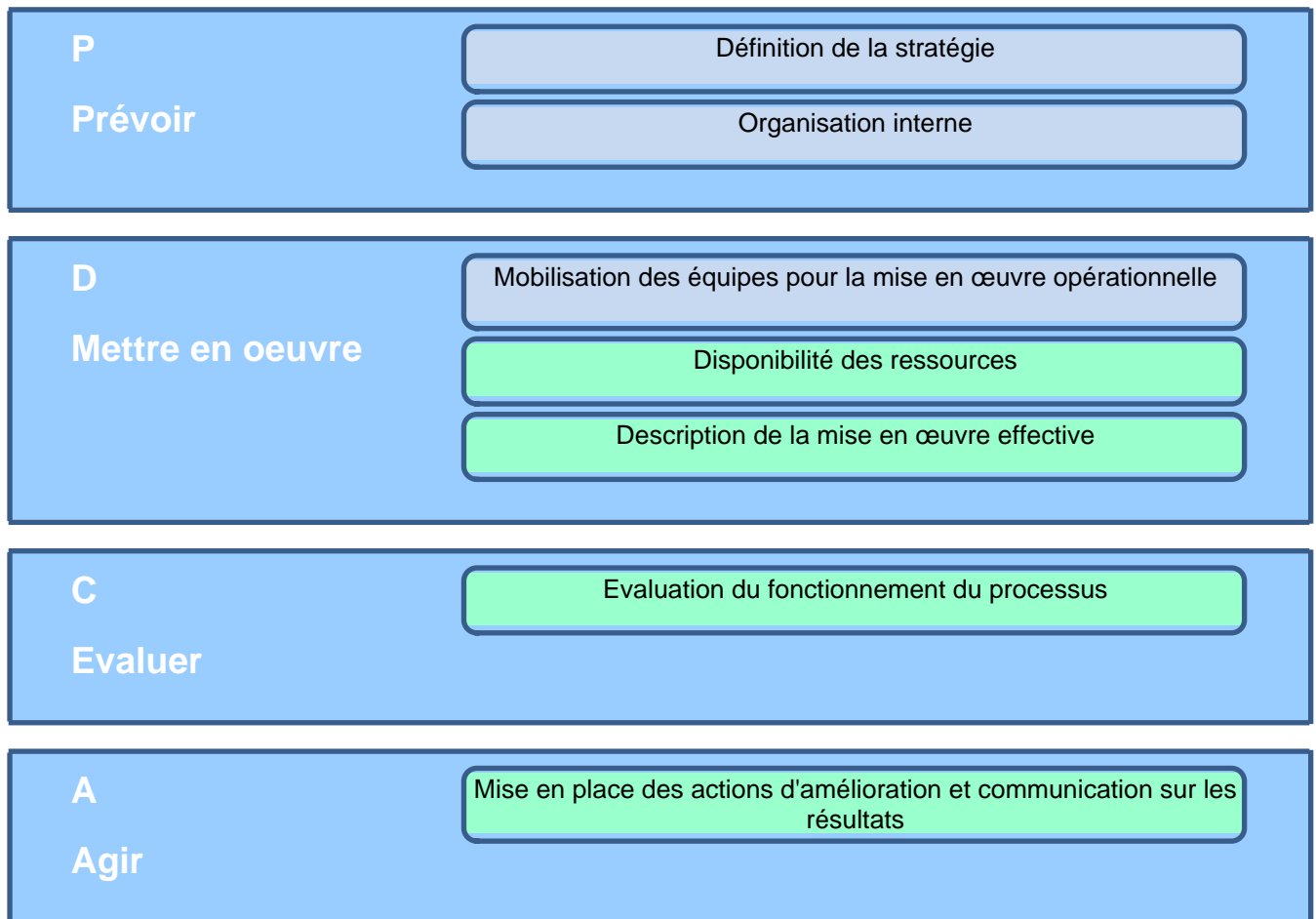
DROITS DES PATIENTS

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

La politique en matière de droits des patients est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement 2017/2021 et la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) en lien avec le CPOM 2018/2021. Plusieurs axes ont été définis : prévention de la maltraitance, prévention du harcèlement scolaire et promotion de la bientraitance. La charte de l'enfant et du jeune hospitalisé est formalisée et affichée au sein de l'établissement, charte que l'on retrouve également dans le livret d'accueil remis systématiquement aux parents et aux enfants lors de l'admission.

Les sources de données utilisées par l'établissement de santé pour réaliser son analyse des risques émanent des retours des questionnaires de satisfaction, des retours des professionnels suite à la survenue d'évènements indésirables, des remarques et réflexions de la commission des usagers (CDU), des résultats des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) et des résultats internes notamment issus des audits et EPP.

Une hiérarchisation des risques prioritaires en lien avec la thématique droit des patients a été réalisée en équipe pluridisciplinaire : infirmier(e), animateur, administratif, éducateur, médecin... Les professionnels ont utilisé une méthodologie permettant d'évaluer la fréquence, la gravité, le niveau de maîtrise et la criticité de survenue du risque en question. Les groupe de travail ont été composés sur la base du volontariat et ont permis de définir des actions prioritaires en associant les représentants des usagers de la CDU. Quatre risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité. Ces risques hiérarchisés selon une méthode définie ont permis de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients, de repérer les droits non mis en œuvre ou difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels.

Il existe un PAQSS formalisé, unique, validé par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité de direction et présenté aux différentes instances de l'établissement et de la CDU. Il est réactualisé annuellement. Les projets de l'établissement intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient, la promotion du respect des libertés individuelles, l'information et la communication avec le patient, le rôle des représentants des usagers, celui des associations et le rôle de la CDU.

Pour chaque objectif, il est retrouvé les actions, les indicateurs de suivi, l'identité du pilote, l'état d'avancement, le niveau de priorité, la priorisation de l'action etc. Il existe une articulation entre le PAQSS et le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le processus "Droit des Patients" est piloté par la Présidente de l'association, un groupe de pilotage composé du directeur qualité, du Président de la CME, de l'infirmière de puériculture, du directeur, de l'infirmier coordonnateur, d'un représentant des usagers. Les missions et la composition du groupe de travail ainsi que son mode de fonctionnement sont définis. Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la politique « droits des patients » et sa mise en œuvre sont formalisés et précisés dans les fiches de poste.

Des ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences, présence d'animateur(trices), infirmier(e)s, médecins, éducatrice(s). Des formations sont dispensées en interne (l'allergie alimentaire c'est quoi, sensibilisation des professionnels sur la bientraitance et la maltraitance) et permettent la promotion de la bientraitance.

L'établissement a institué un conseil de la vie sociale au sein duquel deux représentants des enfants par tranche d'âge : 4/6 ans, 7/13 ans et les 14/17 ans siègent et expriment leurs points de vues selon différentes thématiques : le service/restauration, le ménage, les soins, le déroulement des activités, le qualité de la prestation linge.

Les besoins en documentation sont prévus, les procédures relatives aux droits des patients sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé : signalement de maltraitance à l'interne 15/06/2016, fiche d'information préoccupante destinée à signaler des suspicions de maltraitance aux tutelles, circuit d'une plainte ou d'une réclamation... Les procédures en lien avec le processus droit des patients sont définies, formalisées et accessibles aux professionnels.

L'établissement de santé a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers. Une répartition des enfants par tranche d'âge est effectuée lors des activités en interne et en plein air. Les chambres sont occupées par 4 à 5 enfants en moyenne en fonction du nombre d'enfants accueillis par session. La capacité maximale d'accueil étant de 50 places. L'architecture des locaux permet d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins. La salle de soins, le poste infirmier et le bureau médical sont sécurisés.

Les besoins en matériels et équipements sont également prévus, de nombreux supports pédagogiques sont à la disposition des enfants et adolescents : trottinettes, tables de Ping pong, ordinateurs, jeux, livres... Les maintenances sont assurées par des prestataires externes et internes et permettent de garantir la sécurité et la qualité des installations. Il existe un registre de sécurité à l'intérieur duquel toutes les demandes d'interventions sont répertoriées par le personnel encadrant.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation quotidienne entre les professionnels

et notamment entre le personnel de soins, d'animation et éducatif pour exemple la réunion pluridisciplinaire de 13h45 à 14h45. Il existe également une interface avec le centre thermal et la pharmacie de ville.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement de l'établissement s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations de l'établissement 2017/2021. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée, des règles d'utilisation des téléphones portables sont expliquées aux enfants et adolescents ainsi que l'ensemble des règles de vie en collectivité ; heure de réveil/coucher, horaires des repas, horaire des veillées...

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont déclinés au sein de l'établissement, des réunions de services ont lieu tous les jours en équipe pluridisciplinaire : personnel de soins, d'animation, éducatif. Ces réunions permettent de croiser les informations entre les différents intervenants. En cas de problème somatique, l'infirmier(e) en lien avec les animateurs et l'éducatrice adaptent les activités de l'après midi.

Des sensibilisations régulières des professionnels sont effectuées par l'infirmier coordinateur, la responsable qualité, le directeur qualité, le directeur. Le compte qualité est connu par les professionnels.

Deux journées d'intégration sont prévues avant chaque nouvelle session, y sont délivrées notamment des informations quant aux profils des enfants et adolescents accueillis et aux conduites à tenir en cas de crise d'asthme pour exemple. Un livret d'intégration est remis à chaque nouvelle embauche lors de ces journées.

Des évaluations internes sont menées notamment sur la sensibilisation contre le harcèlement scolaire, les problèmes scolaires... Un questionnaire est également remis aux enfants et adolescents et adapté en fonction de leurs différents âges.

Suite aux différentes évaluations, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre. L'ensemble de ces actions est intégré dans le PAQSS de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles, les formations prévues sont mises en œuvre et font l'objet de suivies. Les supports pédagogiques sont disponibles sur le progiciel de gestion documentaire.

On relève, en 2018, des actions de sensibilisation sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance auprès de l'ensemble du personnel.

La documentation nécessaire est disponible dans tous les services : Livrets d'accueil, procédures actualisées, comptes-rendus des instances et supports pédagogiques des formations menées.

Le matériel est prévu et des locaux adaptés sont disponibles avec des ordinateurs, des salles de jeux, une salle de repos, salon pour les enfants, une salle repas permettant de séparer géographiquement les enfants par tranche d'âge avec un service à l'assiette et une prestation restauration internalisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de l'établissement mettent en œuvre l'organisation définie et les procédures et protocoles élaborés par les différentes instances. Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont effectives pour exemple : un cas de signalement d'une maltraitance a eu lieu le 14/02/2018 et l'analyse du circuit lié à une plainte ou réclamation en février 2018.

En cas de suspicion de maltraitance ou de non respect des droits fondamentaux de l'enfant ou du jeune patient, l'établissement procède à la déclaration d'une information préoccupante auprès des tutelles compétentes.

Un questionnaire sur le harcèlement est également remis à chaque enfant et des échanges autour de cas concrets illustrés par des images permet aux professionnels de repérer les besoins ou demandes spécifiques pour chaque enfant de 3 à 17 ans.

Le livret d'accueil est remis systématiquement lors de chaque admission. Il mentionne la désignation de la personne de confiance même si le mineur est par définition incapable juridiquement ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui exercent la mission de la personne de confiance. Un rappel concernant le droit à l'image et au respect de la vie privée est effectué. Une ligne téléphonique est en place afin que les parents puissent joindre 24h/24 et 7 jours /7 un membre de l'équipe de direction. L'accès aux téléphones portables est limité dans le temps afin de privilégier les relations de groupe. Les patients peuvent bénéficier de permissions de sortie en présence de leur famille, après avis médical, et en respectant un délai de prévenance de 48h avant la permission de sortie.

L'architecture de l'établissement ainsi que l'organisation en place permettent d'assurer des pratiques respectant les principes de confidentialité, d'intimité et de dignité. Les enfants et adolescents sont répartis par tranche d'âge dans les chambres, en salle de repas, lors des activités et des soins. En cas de soins, la salle de soins située à proximité du bureau médical permet le respect de l'intimité et la confidentialité du patient. En cas de besoin, si l'état du patient nécessite une surveillance paramédicale, deux chambres de repos de jour et de nuit sont mises à disposition.

L'établissement ne dispose pas de lieu spécifique dédié à l'accueil des familles mais les visites et sorties

sont autorisées l'après midi de 15h à 17h30 du lundi au samedi et de 10h à 17h30 le dimanche. Un accueil personnalisé et un soutien des familles est assuré si besoin par la direction ou l'équipe médicale et paramédicale. L'admission de chaque enfant nécessite la complétude d'un dossier administratif, d'un dossier médical (certificat de non contagion, traitement à l'entrée, carnet de santé..) et d'un dossier pédagogique et éducatif comportant des explications pour les parents sur les différentes activités. Ces temps d'échanges avec les professionnels de l'établissement permettent aux parents de participer à la construction et à la mise en œuvre du projet médico éducatif. Chaque visiteur, mentionné sur la décharge de responsabilités des parents, doit obligatoirement se présenter à l'infirmier pour récupérer l'enfant et être en mesure de présenter une pièce d'identité.

L'ensemble des instances se réunit régulièrement afin de faciliter la coordination, la réactualisation et la réévaluation des plans d'actions du processus en lien avec le PAQSS. L'ensemble des procès verbaux sont accessibles via la GED, notamment les comptes rendus du conseil de la vie sociale qui regroupe les professionnels de l'établissement et les représentants des enfants par tranche d'âge. Chaque enfant ou adolescent a la possibilité de pouvoir s'exprimer et transmettre les éventuelles doléances des autres enfants en matière de restauration prestation linge, d'activités, de qualité des soins etc. Les modalités de gestion des plaintes sont formalisées dans une procédure. En cas de dommages associés aux soins, la procédure diffusée auprès des professionnels rappelle que les parents sont systématiquement informés en cas d'évènements indésirables. Le consentement éclairé de l'enfant ou adolescent est recherché malgré leurs profil de patients mineurs de 3 à 17 ans. L'ensemble des droits et devoirs sont inscrits dans le règlement intérieur, ce dernier mentionne les heures de couchers, l'hygiène etc.

Les circuits établis sont respectés. Les professionnels s'adressent auprès des enfants et adolescents accueillis de manière adaptée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les professionnels réalisent un suivi des évaluations du processus "droits des patients", notamment grâce au tableau de bord "top ten". Cette évaluation est réalisée à partir de l'analyse des enquêtes de satisfaction (99% de retour) et du nombre de FEI.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations, des actions d'améliorations sont définies et intégrées au PAQSS et en lien avec la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

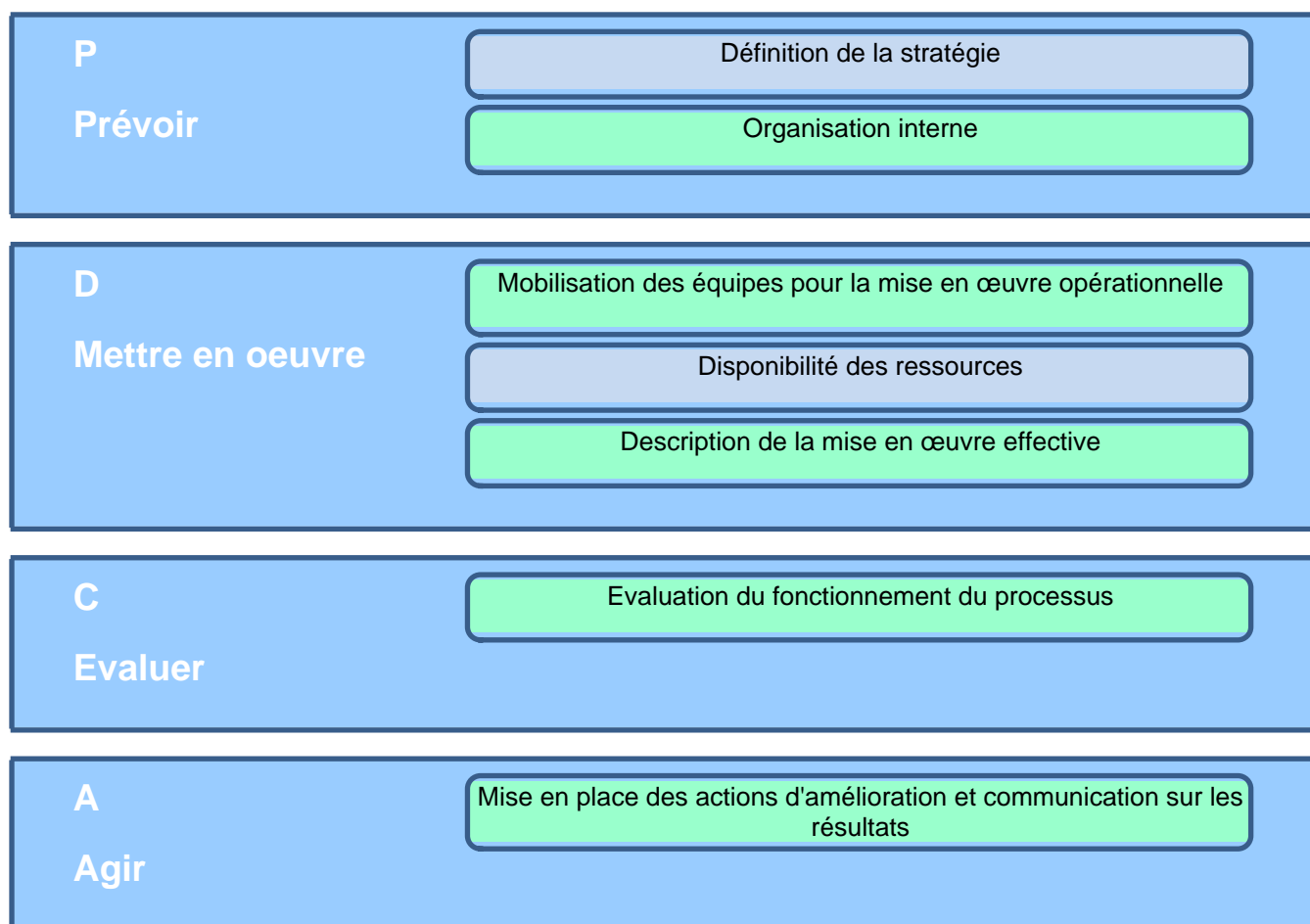
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les axes et objectifs d'amélioration continue de la qualité et sécurité de la prise en soins des enfants et adolescents durant leurs parcours de soins sur trois semaines sont définis dans le projet d'établissement de la MECS. Ces axes sont déclinés dans un projet médical et un projet pédagogique. Ils s'attachent, à proposer des soins de qualité adaptés et personnalisés aux différents publics d'enfants atteints de pathologies des voies respiratoires et/ou dermatologiques et ayant, pour certains, des problématiques de troubles du développement, d'énurésie et/ou d'obésité.

L'établissement, pour définir ses axes prioritaires, s'est appuyé sur une analyse du contexte national et régional, au regard de sa mission de SSR pédiatrique, de son activité saisonnière, du profil des enfants accueillis et des objectifs fixés dans le cadre de son CPOM. Cette politique d'amélioration continue du parcours des enfants est revue annuellement par la présidente de la conférence médicale d'établissement, le directeur de la structure avec les professionnels permanents, membres du comité de pilotage.

Une identification des risques à priori et à posteriori a été réalisée à partir d'une analyse croisée, entre autres, des activités de soins, des résultats obtenus aux différents audits et démarches d'évaluations de pratiques, des évènements indésirables déclarés en interne et en interface avec les thermes, des plaintes et réclamations, des retours des questionnaires satisfaction des enfants et des parents.

Dans le cadre de ces parcours de soins de l'enfant à l'adolescent, la structure identifie comme étapes à risques les dysfonctionnements en lien avec la continuité et la coordination dans la prise en soins des enfants, le risque suicidaire, l'éducation thérapeutique de l'enfant, les troubles de l'état nutritionnel et les soins de premiers secours lors des activités. L'établissement s'est appuyé sur l'échelle de cotation de l'HAS pour analyser ses risques, les hiérarchiser et les prioriser en évaluant ses niveaux de maîtrise à chaque étape. Une cartographie des risques à priori des risques sur le processus parcours a été formalisée.

Cette stratégie institutionnelle d'amélioration continue et de sécurisation du parcours de l'enfant et de l'adolescent est validée par la communauté médicale. Elle est portée par les instances de l'établissement et déclinée dans un programme transversal d'amélioration de la qualité des soins par processus. Ce programme comporte une identification du pilote, un objectif d'amélioration, un plan d'action, un échéancier d'étape et de réalisation avec une date de révision du PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le parcours des enfants tout au long de leurs prises en soins pluriprofessionnelle. Les deux médecins thermaux de l'établissement ainsi que l'infirmier coordonnateur conduisent le pilotage institutionnel et opérationnel du processus en lien avec la CME, les instances du management de la qualité gestion des risques et le directeur coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches missions de la CME et la fiche de poste de l'infirmier coordonnateur. Du fait de l'activité saisonnière de la MECS, ils participent à l'animation des groupes de travail et à l'accompagnement des professionnels notamment saisonniers.

Les besoins en ressources humaines sont pris en compte par l'association et la direction de l'établissement afin de pouvoir répondre aux missions de soins et de gestion des risques a priori. L'établissement, au regard de ses activités de soins SSR saisonniers, a impulsé une politique de gestion de ses ressources humaines valorisant la complémentarité paramédicale et éducative dans les compétences et connaissances métiers de ses professionnels. Il s'appuie sur une organisation qui favorise le recrutement temporaire de professionnels en fonction des séquences de soins sur trois semaines, planifiées avec les thermes en matinée.

Deux médecins généralistes, médecins thermaux disposant pour l'un d'un DIU accueil des urgences en service de pédiatrie et d'un DIU nutrition et pour l'autre d'une capacité hydrologie et climatologie, participent à la permanence des soins. Des conventions et coopérations de partenariat ont été définies avec le CLIN de l'hôpital de Mont Doré, le CHU de Clermont-Ferrand et une officine de ville.

L'organisation de la permanence des soins ainsi que les modalités d'astreinte médicale, infirmière et éducative sont formalisées. Elles permettent d'assurer une continuité dans la prise en charge globale des enfants. Une garde de nuit, sur place, est assurée par un moniteur.

Le plan de formation des professionnels permanents prend en compte les exigences réglementaires et sécuritaires notamment pour la formation aux gestes et soins d'urgence. L'établissement s'attache à accompagner, en interne, la formation des professionnels saisonniers éducatifs.

Les besoins en locaux, en équipements et ressources matérielles sont pris en compte, en fonction des disponibilités d'investissement, pour atteindre les objectifs qualité définis par l'établissement. Les médecins et les deux infirmiers disposent d'un accès à un dossier patient informatisé pour la partie observation médicale, prescription médicamenteuse et administration du médicament. Les activités de soins, de rééducation et éducatives sont tracées sous format papier dans un classeur comportant les

dossiers infirmiers, dans divers classeurs éducatifs établis en fonction des groupes d'âge et dans des fiches de suivi spécifiques.

Les locaux de soins sont adaptés aux besoins des professionnels et aux activités de soins et d'éducation avec : un poste infirmier, une salle de soins, un cabinet médical adjacent, deux grandes salles de réunion, des chambres de repos avec sanitaire et douche à proximité sur chaque étage (en cas de besoin d'isolement temporaire d'un enfant), de salles d'activités éducatives et occupationnelles, d'un réfectoire, de chambres d'une capacités d'accueil variant de 4 à 5 places. Les mobiliers des chambres sont en bois et équipés de lits superposés et d'étagères. Les équipements hôteliers sont adaptés aux besoins en fonction des différentes tranches d'âge de l'enfant à l'adolescent.

Les armoires à pharmacie, les petits dispositifs médicaux, les trousse de premiers sont situés dans le poste infirmier. La trousse d'urgence vitale scellée, l'appareil DSA et l'obus à O2 se trouvent dans la salle de soins adjacente.

Les ressources documentaires sont adaptées aux besoins des professionnels permanents et vacataires. Les médecins et infirmiers disposent d'une base documentaire informatisée avec un accès au logiciel BlueMédi sur leurs PC mobiles. Une autre partie de la gestion documentaire demeure sous format papier.

Avant le début de chaque séjour, un livret d'accueil spécifique est remis et expliqué aux professionnels vacataires éducatifs. Il comporte les éléments d'information concernant le fonctionnement de la MECS, l'organisation pluri professionnelle quotidienne, les domaines de responsabilité de chaque professionnel, les modalités de prises en charge des enfants en interface avec lors des soins aux thermes.

Les ressources documentaire ont été définies à partir du parcours de l'enfant de sa préadmission jusqu'à l'organisation de sa sortie. Les protocoles, validés en CME, sont issus d'un travail collaboratif mené par les professionnels permanents avec l'infirmier coordonnateur. Les risques propres à ce parcours ont été identifiés par l'établissement. Les conduites à tenir sont formalisées dans les protocoles institutionnels notamment pour : le dispositif d'accueil administratif, médical et infirmier de l'enfant et de ses parents, la prise en charge de la douleur, la prise en charge de l'urgence vitale et des premiers soins de secours, la prise en charge des troubles nutritionnels et allergies alimentaires, la prévention du risque suicidaire, l'éducation thérapeutique et le suivi éducatif. La procédure relative à la démarche pluri professionnelle d'identitovigilance est également formalisée et déclinée dans la pratique des professionnels.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée avec les parents, le siège de l'association au niveau administratif, logistique et technique et en interne entre les divers professionnels. Des documents d'information et des outils de planification et de suivi sont formalisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs institutionnels d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ainsi que les plans d'action institutionnels sont déclinés de manière transversale auprès des différents professionnels de la PEC. Ils sont connus des professionnels permanents qui participent aux groupes de travail, aux démarches d'audits et d'évaluations de pratiques, à la déclaration des événements indésirables. L'ensemble de ce dispositif fait l'objet d'une présentation systématique structurée auprès des professionnels vacataires au début de chaque session.

Les personnels administratifs et professionnels soignants et éducatifs sont sensibilisés régulièrement sur les risques identifiés dans la prise en charge des enfants durant leur séjour. Dans le cadre de l'organisation mise en place, la réunion pluri professionnelle quotidienne planifiée en début d'après-midi permet aux responsables de diffuser diverses informations, de sensibiliser les professionnels au respect des bonnes pratiques et d'analyser les dysfonctionnements constatés et/ou déclarés. Des actions correctives sont mises en œuvre en interne et abordées avec l'établissement de cure thermale.

Le suivi des événements indésirables déclarés sur plusieurs sessions a permis d'objectiver une récurrence autour de certains dysfonctionnements en lien avec l'établissement de cure thermal.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences professionnelles sont pris en compte pour assurer une qualité et une sécurité dans les activités de soins et éducatives. L'établissement favorise la dynamique de pluriprofessionnalité pour la mise en œuvre du projet thérapeutique de chaque enfant. A cet effet, la prise en soins et éducative repose sur une diversité de compétences professionnelles au niveau médical, soignant et éducative avec la présence, notamment sur cette session saisonnière, des deux médecins thermaux, de deux infirmiers dont un infirmier coordonnateur, d'un éducateur spécialisé, d'un éducateur jeunes enfants, de deux éducateurs sportifs et de moniteurs. L'équipe technique de l'association est constituée de sept professionnels issus de corps de métiers différents. L'équipe administrative comporte quatre professionnels dont le directeur issu des soins et une responsable qualité. L'association a passé convention avec l'établissement de cure thermale pour des prestations de prise en charge des enfants tous les matins. Une convention a été passée avec un pharmacien d'officine de ville et des modalités de coopérations permettent de faire appel à un kinésithérapeute, un dentiste et un laboratoire d'analyse biologiste si besoin.

Dans le cadre des plans de formation des professionnels permanents, des actions de formation et de sensibilisation ont été menées sur les "précautions standard", l'évaluation de la douleur, la bienveillance

et maltraitance, le PMSI, le logiciel dossier patient. La formation aux gestes et soins d'urgence niveau II fait l'objet d'un suivi auprès des professionnels médicaux et infirmiers.

Les professionnels éducatifs vacataires sont formés et sensibilisés en interne sur l'évaluation de la douleur, les premiers soins de secours, la bientraitance.

Des ateliers de sensibilisation sur l'asthme, les dermatites, la maltraitance et la bientraitance et l'hygiène des mains sont animés par les deux infirmiers auprès des enfants par groupes de tranche d'âge.

L'établissement est construit sur 4 niveaux. Les deux derniers étages sont dédiés à l'hébergement des enfants, des professionnels d'astreinte et vacataires. Les sanitaires et douches sont communs.

Des activités de loisirs et sportives physiques sont organisées en interne et à l'extérieur par groupes d'âge d'enfants. Les modalités de circulation des enfants et des professionnels lors des sorties sont définies.

La base documentaire est actualisée et déclinée aux travers de procédures en lien, entre autres, avec l'admission, l'accueil à l'arrivée, l'organisation des soins et les dispositifs d'astreinte et de garde de nuit.

Des protocoles médicaux et de soins sont élaborés en fonction des besoins de prises en soins des enfants accueillis. Ils sont mis à disposition des professionnels et concernent, entre autres, l'asthme, l'EFR, l'aérosolthérapie, l'allergie alimentaire, l'eczéma, la constipation, les douleurs abdominales, la fièvre, l'épistaxie, la gale, les morsures.

La procédure et la conduite à tenir en situation d'urgence vitale sont formalisées. Les documents de contrôles de la conformité de la trousse d'urgence, du DSA et de l'obus sont définis. La traçabilité régulière du contrôle est effective.

Cette base documentaire comporte également les conduites à tenir en cas de mutation externe, de fugue, de signalement de maltraitance interne et externe, de sorties extérieures, de risques suicidaires, d'allergie alimentaires..

Un document cadre dénommé "projet pédagogique 2018" décrit l'organisation en place : description des rôles et missions des professionnels, les moyens matériels disponibles, l'organisation d'une journée type, la communication avec les familles, les modalités d'admission et de sortie, les objectifs pédagogiques et éducatifs, le projet d'animation et le processus global d'évaluation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels administratifs, soignants et éducatifs connaissent l'organisation saisonnière définie lors de chaque session de cure thermique. L'établissement a établi une organisation pour gérer ses demandes de préadmission en amont. Le médecin adresseur transmet une demande médicale d'admission et adresse, à cet effet, le questionnaire médical institutionnel renseigné, les éléments d'informations concernant les antécédents et le traitement personnel de l'enfant.

Chaque dossier de demande d'admission est systématiquement pris en compte par un des deux infirmiers, qui analyse la demande au regard des orientations et activités de soins de la MECS. Dès validation de la décision médicale d'admission, l'infirmier prend contact avec le médecin adresseur et la famille, il recueille les informations complémentaires et transmet auprès du pôle administratif, la demande d'ouverture du dossier administratif.

Toutefois, la décision médicale d'admettre l'enfant n'est pas signée par le médecin de l'établissement. La procédure institutionnelle prévoit une validation médicale préalable pour toute décision d'admission en cure. Cet accord médical uniquement oral est communiqué auprès de l'infirmier coordonnateur qui assure le suivi des dossiers de demandes d'admission. La signature de la validation médicale d'admission n'est pas inscrite dans les pratiques des deux médecins. Aucune signature de médecin n'a été retrouvée dans le dossier papier de préadmission ni dans le dossier d'admission de l'enfant comme le confirme l'investigation de terrain et le patient traceur.

L'accueil de l'enfant et de sa famille, s'effectue le premier dimanche du début de chaque session de cure. Cet accueil est organisé, un circuit est défini et permet à l'enfant et sa famille de rencontrer les différents professionnels, de constituer le dossier administratif et d'apporter une complétude dans le dossier médical, infirmier et éducatif notamment pour les diverses autorisations de prise en soins et sportifs du représentant légal, la prise de photographie de l'enfant, la réception du certificat de non contagion, le recueil des habitudes de vie et allergies de l'enfant, la réception du traitement personnel ...

L'évaluation médicale est planifiée dans les premières 24 heures à l'entrée de l'enfant. Le médecin dispose du motif d'admission, de l'ordonnance du traitement personnel et des éléments d'information transmis par le médecin adresseur et les parents. Le pré projet thérapeutique personnalisé intégrant le traitement personnel de l'enfant est établi et enrichi du recueil de données soignant. Cette évaluation pluri professionnelle permet, entre autres, d'identifier les habitudes de vie et alimentaires de l'enfant, d'en assurer le suivi avec la cuisine, d'évaluer son autonomie, d'évaluer la douleur, de dépister le risque suicidaire, de mettre en place les premières mesures de suivi en cas d'énurésie, d'obésité et d'anorexie, d'eczéma, de troubles du sommeil et autres surveillances spécifiques....

Cependant, le projet thérapeutique individualisé, format papier, prescrit par le médecin ne comporte pas de signature et de date de prescription du prescripteur. Cette fiche individuelle, personnalisée pour chaque enfant, comporte les éléments d'information relatifs au traitement thermal, la prescription des examens complémentaires à réaliser pendant le séjour et les prises en charge spécifiques prescrites pour l'enfant (prescription aux divers ateliers). Durant la visite, l'infirmier coordonnateur a modifié la pratique en vigueur et intégré ces paramètres dans la partie "observation médicale" du dossier patient informatisé.

Durant les trois semaines de cure, l'organisation institutionnelle prévoit une réévaluation hebdomadaire avec un suivi médical systématique chaque semaine et en fonction de l'état de santé de l'enfant si besoin.

Dans le cadre du projet thérapeutique, les soins thermaux se déroulent en matinée par groupe d'âge. Les enfants sont accompagnés et surveillés par les professionnels infirmiers et éducatifs. Les enfants sont vus systématiquement tous les jours aux thermes par l'un des deux médecins.

En fonction des problématiques de santé propres à chaque enfant, le médecin prescrit une prise en charge spécifique : atelier Bienveillance/Maltraitance, atelier asthme, atelier dermatite atopique, atelier hygiène des mains, ateliers voies respiratoires... Ces ateliers sont animés, entre autres, par les deux infirmiers en poste.

Différentes activités culturelles, de loisirs et/ ou sportives sont planifiées quotidiennement. Les prises de repas collectifs sont adaptés en fonction des situations cliniques et l'âge des enfants (régime et allergie alimentaire, groupe d'âge..).

Des temps de transmissions pluri professionnels journaliers sont planifiés en début d'après-midi, pendant le temps de repos des enfants. L'infirmier dispose des classeurs contenant des éléments du dossier de soins infirmiers et les plans de soins de chaque enfant.

L'équipe éducative et animateur disposent d'un classeur par groupe d'âge où sont notifiés diverses informations relatives notamment au déroulement de la cure, au comportement relationnel de l'enfant, à son intégration dans le groupe, à la qualité de son sommeil, à sa participation aux différentes activités éducatives et sportives.. Les consignes de surveillance particulière sont abordées lors de ces temps de transmission journalier (pour exemple : première séparation des parents..).

Les modalités de prise en charge des soins de premiers secours (notamment lors de sortie extérieure) et des urgences vitales sont formalisées. La formation des médecins et infirmiers est prise en compte et les professionnels disposent d'un équipement adapté : trousse de premiers secours scellées et fiches de conduites à tenir par enfant pour les éducateurs et moniteurs, trousse d'urgence vitale scellée et contrôlée par les deux infirmiers avec appareil DSA et obus O2 en salle de soins.

Les modalités de prise en charge et d'orientation des enfants en cas de prescriptions d'examen complémentaires (radiologique, biologique..), de nouveaux traitements (officine de ville), de transfert vers un établissement de santé sont définies et mises en œuvre par les professionnels.

Les éléments de transmissions sont tracés dans les fiches collectives des classeurs éducatifs et, en partie, dans le dossier de soins de l'enfant.

La date de fin de cure thermique, de sortie de l'enfant est connue dès l'admission. Les modalités et horaires d'arrivée et de sortie sont définies et organisées en amont avec les parents et avec l'équipe éducative si nécessaire.

Les circuits sont respectés, les interfaces avec les services administratifs et techniques localisés au siège et entre les différents professionnels et le centre de cure thermal sont effectives.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure une évaluation régulière de son dispositif d'accueil et du parcours de l'enfant, sur la base d'outils identifiés. Il effectue le recueil de 11 critères adaptés à la MECS issus des IPAQSS sur la tenue du dossier patient en SSR. Des audits de pratiques sont également menés au travers d'un audit Patient Traceur réalisé lors de chaque session et par des évaluations de pratiques professionnelles réalisées sur la gestion d'une crise d'asthme à l'extérieur, sur l'éducation thérapeutique de l'enfant présentant une dermatite atopique et sur la pertinence de la prescription médicale de l'EFR.

L'évaluation du parcours patient est également effectuée au travers, entre autres, du recueil d'indicateurs en lien avec le suivi des FEI, des plaintes et réclamations écrites et/ou orales des parents et enfants, le suivi du calcul de l'IMC, l'évaluation de la douleur à l'entrée de l'enfant, les questionnaires de sortie et les enquêtes satisfaction des enfants...

Des tableaux de bord de suivi annuels sont élaborés notamment autour des orientations des enfants accueillis, de la prévalence des crises d'asthme avec intervention des médecins (transferts urgences pédiatriques).

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations font l'objet d'une analyse institutionnelle avec une mise en œuvre des actions d'amélioration au sein de l'association, des instances, des représentants des usagers de la CRU et des professionnels notamment permanent de la MECS.

Des actions ont été ciblées autour du respect de l'intimité de l'enfant/adolescent : formation des moniteurs sur la juste distance comportementale auprès des adolescents, affichettes dans les chambres des enfants concernant le respect de l'intimité avec obligation de "frapper" à la porte avant d'entrer.

Dans le cadre de ces actions d'améliorations, l'établissement a réactualisé certaines procédures et

protocoles, revue ses modalités de gestion et d'entretien des serviettes de toilette...
L'ensemble de ces actions d'amélioration est intégré dans le programme institutionnel d'amélioration de la qualité des soins et gestion des risques qui est articulé avec le compte qualité.
Des supports d'information et des modalités de diffusion sur les résultats obtenus et les actions d'amélioration mises en place sont définis en interne : affichage au sein de l'établissement, livret d'accueil des professionnels, livret d'accueil des enfants, informations orales lors de la tenue de la réunion pluri professionnelle journalière..

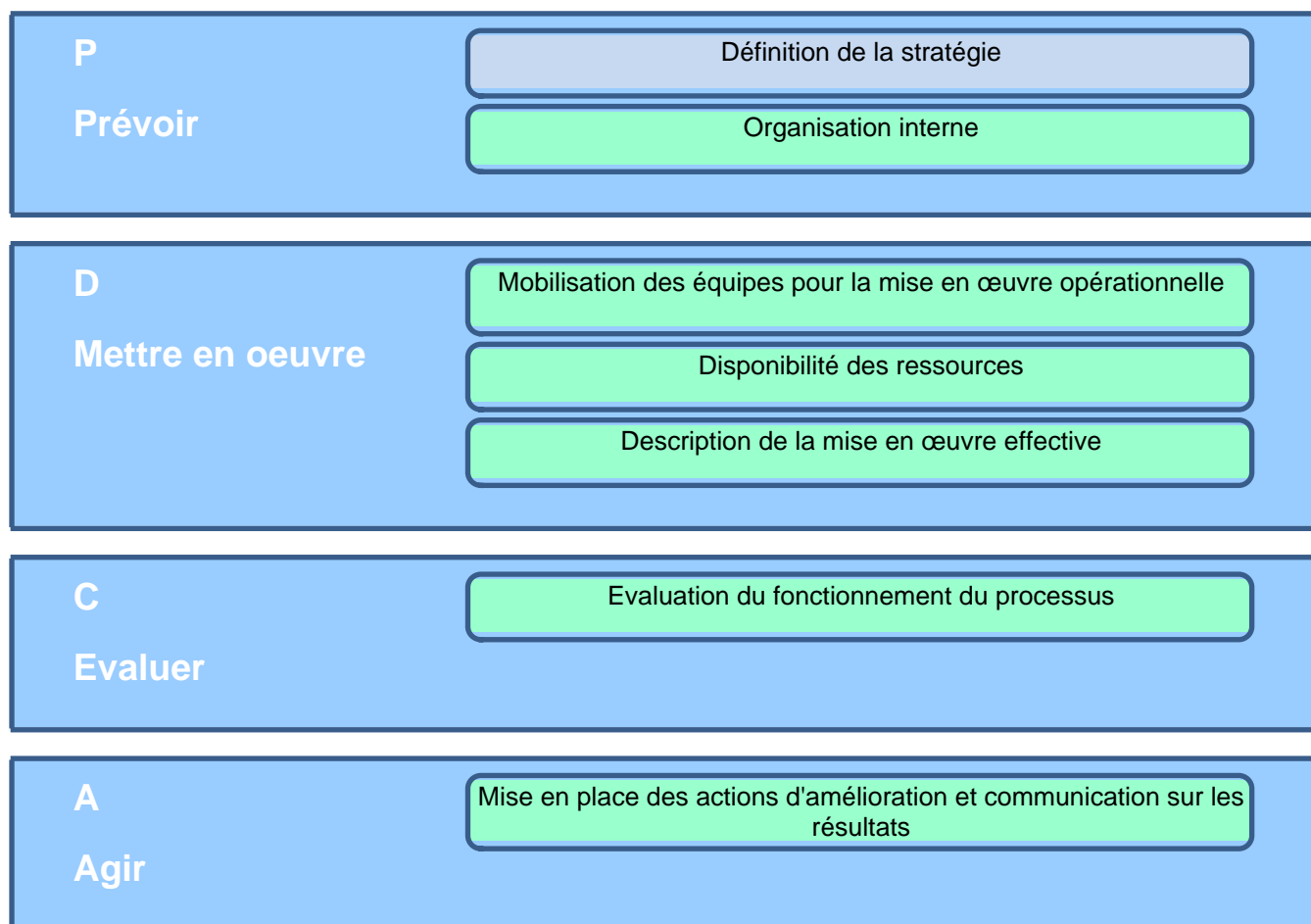
DOSSIER PATIENT

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 stratégie du dossier patient est définie dans les orientations stratégiques 2017/2021. La politique du dossier patient et du système d'information définit trois axes à savoir garantir le respect des règles de gestion du dossier patient depuis sa création jusqu'à son archivage, adapter le dossier informatisé médical aux besoins des professionnels et aux attentes des autorités de santé, assurer la continuité de la prise en charge du patient en mode dégradée.

Les sources utilisées par l'établissement pour évaluer ses risques en lien avec le processus s'appuient sur le retour des insatisfactions des usagers et professionnels de santé, les événements indésirables signalés, les résultats des indicateurs Qualité et sécurité des soins (IQSS) et Hôpital numérique, le respect de la réglementation en vigueur concernant la tenue du dossier patient. Le dossier patient est partiellement informatisé depuis 2009.

Une cartographie des risques a priori et a posteriori a été élaborée en équipe pluridisciplinaire et pilotée par la secrétaire médicale et l'infirmier coordonnateur. L'analyse des risques a été réalisée sur le modèle de la HAS en déterminant un niveau de criticité résultant de la multiplication de la fréquence par la gravité et le niveau de maîtrise. Une priorisation du risque a été établie soit 1 à 19 : risque maîtrisé, 20 à 39 risque à surveiller, 40 à 125 risque inacceptable à traiter d'urgence.

Cette analyse des risques a permis de définir des priorités d'amélioration sur le processus. L'établissement a identifié quatre risques prioritaires que l'on retrouve dans le PAQSS.

Les objectifs, au regard de chaque risques identifiés, ont été formalisés et priorisés dans le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ils intègrent les spécificités liées à la gestion des différents supports papiers et au dossier médical informatisé comportant la prescription et l'administration du médicament. Ils sont déclinés de la création jusqu'à l'archivage du dossier patient en intégrant la conséquence liée au risque, l'évaluation de la fréquence, de la gravité, du niveau de maîtrise, et la cotation du risque. L'objectif attendu, le pilote responsable, l'échéancier ainsi que l'état d'avancement.

Le PAQSS est révisé annuellement, les orientations propres à la politique du dossier patient sont présentés par le groupe de pilotage du processus à l'ensemble des instances notamment le comité de pilotage du système d'information, la Commission Médicale d'établissement CME, la Commission des Usagers (CDU) et le Comité de vigilance et des risques en charge de l'analyse des fiches d'évènements indésirables (FEI)

Il existe une articulation entre le Compte Qualité et le PAQSS

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les règles de tenue du dossier patient sont formalisées au sein d'un logigramme de parcours qui différencie la pré admission, l'admission, la prise en charge durant le séjour, la sortie, l'archivage et la destruction du dossier patient.

Il existe une fiche mission pour le groupe de pilotage du processus, composé par les deux médecins, la secrétaire médicale et l'infirmier coordonnateur. Une fiche d'habilitation pour l'accès au local d'archivage a également été formalisée. Les habilitations médicales et infirmiers quant à l'accès au dossier patient informatisé sont également définies, chaque intervenant s'identifie par un login individualisé et un mot de passe personnel. Le schéma directeur du système d'information a été révisé le 20 mars 2018.

Dans le cadre du plan de formation institutionnel, la formation en lien avec la gestion du dossier patient est assurée par tutorat par l'infirmier coordonnateur, le directeur pour le personnel paramédical, la responsable qualité et la secrétaire médicale pour la partie administrative.

L'établissement dispose d'une gestion documentaire informatisée. Cette base documentaire est constituée de l'ensemble des protocoles en lien avec la gestion du dossier patient pour exemple : la tenue du dossier administratif patient datant de septembre 2016, le protocole d'identitovigilance d'août 2017, la tenue du dossier médical patient de juin 2018... Le personnel d'encadrement, le personnel médical et les infirmiers ont un accès direct à la consultation des protocoles via la GED. En cas de besoin, le personnel des activités éducatives et d'animation peuvent accéder aux protocoles sur demande. Ils disposent d'un livret d'accueil spécifique précisant les modalités de fonctionnement et conduites à tenir.

Les règles de gestion de la partie du dossier patient informatisé sont formalisées. Il existe une procédure dégradée en cas de panne informatique. Lors des investigations de terrain les professionnels médicaux et infirmiers interrogés ont été en mesure de retrouver la procédure. Un prestataire externe assure la maintenance du dossier patient informatisé, une sauvegarde est réalisée tous les jours à minuit.

L'établissement dispose d'un seul ordinateur équipé de la licence dossier patient. Des professionnels permanents ont été formés pour être les relais et assurer un accompagnement auprès de nouvel arrivant médical et paramédical si besoin.

Il existe des interfaces entre le secteur administratif, médical et pédagogique. Des temps de réunions pluridisciplinaires journaliers sont programmés avec le personnel infirmier, l'animatrice, l'éducatrice, le

directeur. Une interface avec l'établissement thermique est également en place, des plages horaires de cure sont planifiées par tranche d'âge. Les informations sont tracées sur plusieurs outils de liaison et supports papier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action sont déclinés au sein de l'établissement. Le PAQSS comporte les treize actions propres aux risques identifiés sur le processus dossier patient. Ces actions sont ciblées notamment autour du dossier administratif, du dossier patient incomplet, du non-respect de la procédure d'accès au dossier, de l'erreur d'archivage, de la perte de résultats d'examen etc.. les professionnels connaissent les objectifs et les mesures à mettre en place pour les atteindre, Ils participent à l'élaboration des protocoles dans le cadre des travaux réalisés par les groupes de pilotage. La mobilisation des équipes médicales, paramédicales, éducative et administratives est effective.

Un accompagnement et une sensibilisation régulière sur le respect des bonnes pratiques est assuré par la responsable qualité et la personne en charge de l'accompagnement des équipes.

Des actions de sensibilisation sont effectuées par l'encadrement via la formation et au travers de la déclaration des événements indésirables, des démarches d'évaluations de pratique menées autour du processus d'identification du patient tout au long de son hospitalisation de février 2018, d'audits internes sur la tenue du dossier notamment sur la présence des coordonnées du médecin traitant, la présence du questionnaire médical, sur le recueil de données, sur l'évaluation de l'autonomie, sur l'évaluation du confort ou inconfort et sur l'évaluation initiale de la douleur....

Les professionnels s'impliquent dans la mise en œuvre des actions d'amélioration définies au sein de la structure.

Ils participent à la déclaration des événements indésirables via un formulaire en version papier. Des formations sur la gestion du système d'information ont été dispensées à l'ensemble du personnel en interne, un tutorat est réalisé lors de chaque embauche.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en ressources humaines sont disponibles et suffisantes. L'établissement dispose d'un plan de formation annuel qui lui permet d'actualiser les connaissances médicales et paramédicales de ces professionnels notamment permanents. Le personnel soignant ainsi que les pilotes ont suivi une formation en interne ciblée sur le Dossier Patient Informatisé.

L'ensemble des procédures cadrant le processus Dossier patient est accessible via la Gestion documentaire informatisée pour le personnel médical et paramédical. Cette base documentaire comporte, entre autres, les procédures relatives à l'accès du patient à son dossier médical de janvier 2018, à la tenue du dossier éducatif patient de février 2012, à la non divulgation de l'identité du patient de 2016... Les règles concernant la tenue du dossier patient version papier sont formalisées.

Le besoins en matériels et équipements sont pris en compte en fonction de la capacité d'investissement de la structure. Un seul ordinateur portable avec licence intégrant le dossier patient informatisé est disponible pour les médecins et les deux infirmiers du service de l'établissement. L'établissement dispose d'une seule Licence DPI, les professionnels possèdent un seul ordinateur situé en salle de soins dont la maintenance est assurée.

Le local d'archivage situé au sein du bureau médical permet d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Il est conforme aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est partiellement informatisé, seules les observations médicales, les traitements de fond, les prescriptions médicales thermales (orientation dermatologiques et /ou respiratoires), les prescriptions de kinésithérapie, de laboratoire, de radiologie, le recueil du poids, de la taille, de l'IMC, de la surface corporelle, sont informatisées. Les transmissions ciblées des professionnels paramédicaux et éducatifs/animation sont tracées sur des supports papier. Le dossier patient est donc constitué de plusieurs parties : un dossier administratif, un dossier médical en partie informatisé, un dossier de soins format papier et un dossier collectif "pédagogique" comportant les données collectives des enfants par groupe d'âge.

Le dossier administratif comporte les éléments d'information relatifs à la demande de préinscription, l'acceptation au droit à l'image, l'autorisation de convoi, le questionnaire médical, le recueil des données administratives, le calendrier des sessions de cures.

Le dossier médical contient le courrier du médecin référent avec la demande de cure thermique, l'ordonnance du traitement habituel de l'enfant, les fiches de surveillances éventuelles...

Les dossiers de soins, pédagogique et éducatif comportent les éléments d'informations propres à la surveillance médico éducative et pédagogique, au suivi social, aux bilans éducatifs... L'ensemble des professionnels trace leurs activités au sein des différents supports constitutifs du dossier patient.

Cependant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge des enfants et adolescent ne sont

que partiellement tracés en temps utile dans le seul dossier de soins du patient (support papier) comme l'a confirmé le patient traceur et l'investigation du processus parcours patient. Les investigations de terrain menées notamment lors de l'audit de processus parcours patient et du patient traceur ont permis de constater que certaines informations et décisions en lien avec la prise en soins des enfants qui sont débattues lors des réunions pluri professionnelles quotidiennes sont notifiées sur la fiche collective des classeurs éducatifs et ne sont pas systématiquement reportées dans le dossier de soins personnalisé individuel de chaque enfant pour exemple le risque infectieux mentionné en équipe pluri professionnelle non retranscrit dans le dossier ni même la surveillance infirmière.

En investigation, il a été constaté une accessibilité effective par les professionnels aux protocoles en lien avec les règles de gestion du dossier patient: tenue du dossier éducatif de janvier 2012, conduite à tenir sur l'identitovigilance datant d'aout 2017, conduite à tenir en cas de documents administratifs non signés de février 2017, formulaire de demande d'accès au dossier médical, formulaire d'autorisation de permission ...

Les parents, responsables de l'enfant sont informés de leurs droits d'accès au dossier de leurs enfants. Cette information est également portée à leur connaissance dans le livret d'accueil. A ce jour aucune demande d'accès au dossier médical n'a été initiée. En cas de demande, le protocole en place permettrait de respecter les délais réglementaires.

Des ordinateurs fixes sont mis à la disposition des professionnels (sans licence DPI). Les professionnels de soins sont formés grâce au compagnonnage, des procédures ont été formalisées. Chaque élément du dossier, version papier, est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification.

Une évaluation du dossier patient est effectuée avec un suivi de plusieurs indicateurs: traçabilité de l'inconfort, dépistage des troubles nutritionnels, conformité des dossiers patients etc

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est structuré, l'établissement, par le biais de l'équipe d'encadrement, assure un suivi des indicateurs issus d'hôpital numérique, de la qualité de la tenue du dossier patient, des diverses audits de pratiques en lien avec la Commission des Usagers (CDU).

La responsable qualité assure un suivi des indicateurs qualité en lien avec le processus : nombre de FEI, plaintes et réclamations., questionnaires de satisfaction... Des indicateurs sont suivis au sein d'un tableau de bord « TOP TEN » : présence des ordonnances de sortie, des courriers de fin d'hospitalisation etc...

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations spécifiques sont mises en œuvre au sein de l'établissement lors de la réévaluation annuelle du PAQSS. Les résultats d'évaluations sont communiqués en interne auprès des professionnels permanents, auprès des professionnels vacataires lors de chaque début de session et auprès des représentants des usagers membres de la CDU.

Les résultats des IPAQSS font l'objet d'une communication par voie d'affichage en interne.

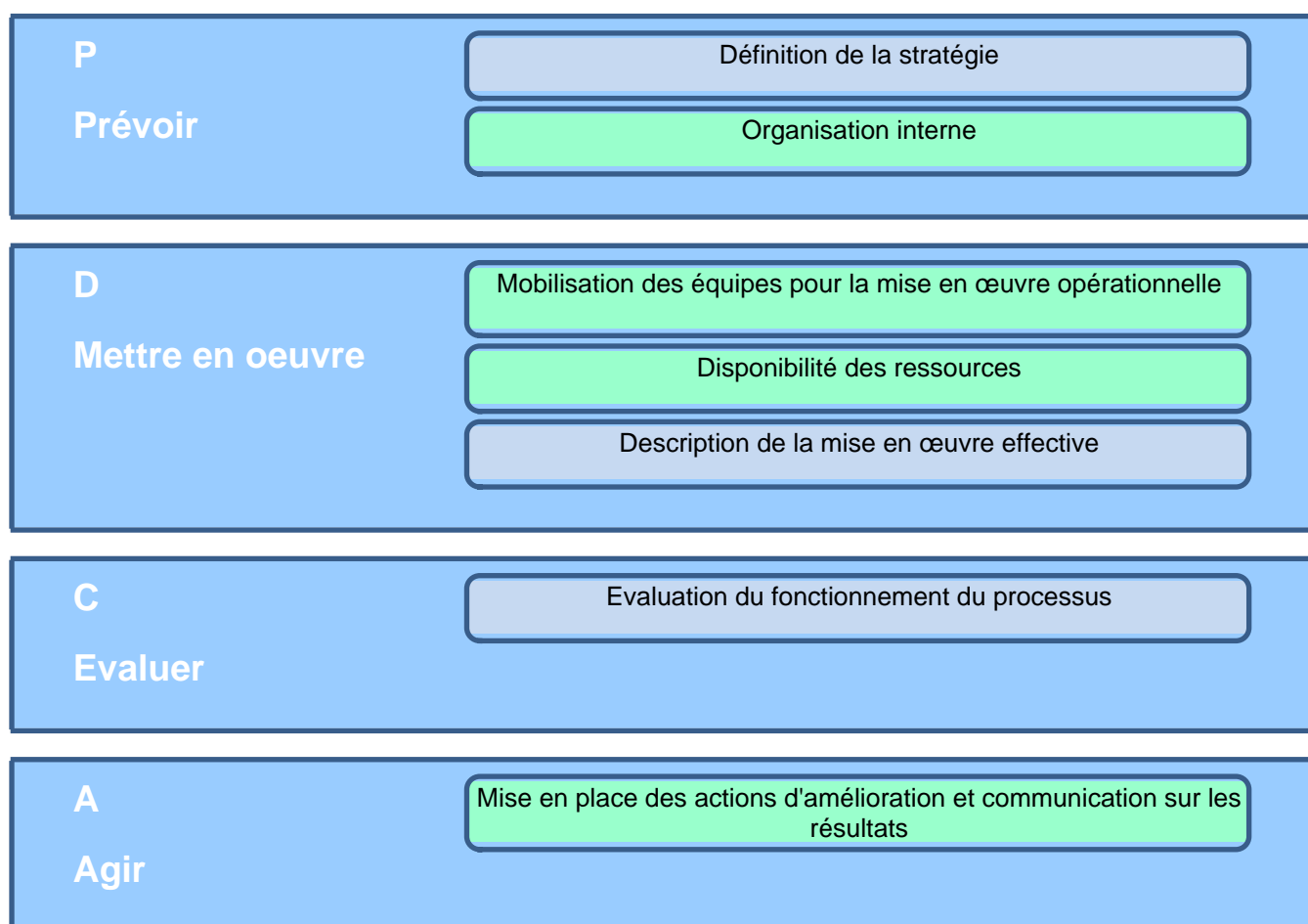
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les axes stratégiques et objectifs d'amélioration et de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse sont définis dans le projet d'établissement et déclinés dans la politique qualité gestion des risques, dans le projet médical et le projet de soins. Ils ont pour objectifs "de prévenir la iatrogénie médicamenteuse" et de réaliser une juste prescription en fonction de l'âge de chaque enfant.

Cette stratégie a été élaborée à partir d'une analyse du contexte national et régional, de la mission saisonnière de l'établissement, de ses activités de soins, du profil et des besoins des enfants accueillis. Il a intégré dans sa démarche l'évolution du cadre réglementaire avec ses obligations contractuelles qui lui ont été demandées à compter du 1er janvier, dans le cadre du CAQES, sur le bon usage du médicament.

L'identification des risques a priori et a posteriori a été réalisée avec les professionnels médicaux et infirmiers. Elle a été conduite à partir d'une analyse croisée, entre autres, du suivi des événements indésirables propres aux médicaments, des résultats des enquêtes satisfaction et réclamations suite au retour des familles, des résultats issus des audits menés sur le circuit du médicament.

L'établissement considère que toute prescription chez l'enfant constitue un risque potentiel et exige, à ce titre, une vigilance spécifique en fonction de l'âge de chaque enfant et de ses capacités individuelles. Onze risques ont été identifiés dans le cadre du processus "circuit du médicament". Ils sont principalement ciblés sur le traitement personnel, la préparation et l'administration du médicament, l'évaluation de l'autonomie, la surveillance péri clinique, les modalités de dotation et de stockage.. La liste des médicaments à risques avec les conduites de surveillances spécifiques sont formalisés. La structure a utilisé l'échelle de cotation de la HAS pour prioriser et hiérarchiser ses risques en fonction de ses niveaux de criticité et de non maîtrise. Les risques identifiés et le plan d'actions sur le processus sont intégrés dans le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et articulés avec le compte qualité.

Cette stratégie, validée par la CME et les instances concernées, est portée à la connaissance des professionnels permanents et vacataires.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse. Un des deux médecins de l'établissement, le pharmacien de l'officine de ville et l'infirmier coordonnateur permanent en assurent le pilotage institutionnel et opérationnel. Les missions et responsabilités de ces professionnels sont définies dans leurs fiches de poste et dans le Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le pharmacien de l'officine de ville, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et membre des instances dont le COVIRISQ, est également le pharmacovigilant et matériovigilant pour les dispositifs médicaux au sein de l'établissement.

Les besoins nécessaires en compétences pharmaceutiques et médicales sont pris en compte par l'établissement pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

L'établissement a passé une convention avec le pharmacien d'une officine de ville qui assure la continuité pharmaceutique et garantit une permanence pharmaceutique avec les officines de garde si besoin ; la nuit, le dimanche et les jours fériés. L'infirmier coordonnateur permanent fait le lien auprès de l'équipe médicale, de l'équipe éducative et de la deuxième infirmière contractuelle en poste sur l'établissement. Les professionnels médicaux et infirmiers, impliqués dans la mise en œuvre du circuit du médicament, bénéficient de formations et d'actions de sensibilisation sur le bon usage du médicament et le risque d'erreur médicamenteuse. La liste des deux médecins habilités à prescrire est établie dans le respect de la réglementation.

Des démarches spécifiques d'information et d'éducation sur les traitements sont menées auprès des enfants et auprès des familles.

Les besoins en ressources matérielles et équipements sont pris en compte, en fonction de la capacité d'investissement de la structure. La prescription médicale avec la traçabilité de l'administration des médicaments est informatisée et intégrée dans la partie du logiciel du dossier patient médical. Les deux médecins ainsi que les deux infirmiers disposent d'un seul poste mobile accessible dans le poste de soins. Les médecins ont un code d'accès personnalisé et peuvent assurer une traçabilité en temps réel de la prescription. Il en est de même pour les deux infirmiers lors de l'administration nominative des médicaments dans le poste infirmier.

Le poste de soins infirmiers est équipé de deux armoires à pharmacie. Une première armoire détient, entre autres, le stock tampon dont la dotation est définie avec la communauté médicale au début de chaque session en fonction du profil des enfants accueillis. La deuxième armoire contient le traitement de chaque enfant dans une boîte Tupperware nominative étiquetée avec son traitement personnel du domicile et son traitement prescrit durant le séjour.

Les modalités organisationnelle et de fonctionnement avec l'officine de ville sont définies. La dispensation avec l'analyse pharmaceutique sont assurés par le pharmacien d'officine qui s'appuie sur l'ordonnance du

traitement personnel de chaque enfant transmis par les parents lors de l'accueil du premier jour. Les traitements nominatifs sur la base d'une délivrance nominative de 21 jours sont transmis par les parents à l'entrée. Ils sont réactualisés en fonction de l'état de santé de l'enfant, des prescriptions médicales et la délivrance nominative est globalisée. Une autre armoire à pharmacie pour les traitements personnels des enfants (tupperware nominatifs avec étiquette : travail personnel domicile et traitement prescrit durant le séjour).

Les modalités de transport sont définies entre la MECS et l'officine de ville.

Les ressources documentaires prennent en compte les besoins des utilisateurs et répondent aux exigences réglementaires propres aux différentes étapes du circuit du médicament. En cas de panne informatique, les professionnels disposent d'une procédure de fonctionnement en mode dégradée pour la prescription et l'administration des médicaments. Les professionnels ont à disposition un support unique format papier pour la prescription et la traçabilité de l'administration.

La base documentaires dont les procédures et protocoles médicaux validés par les deux médecins sont accessibles aux professionnels sur le bureau du portable. La déclaration des FEI est effectuée sur le logiciel BlueMédi. Ils disposent, entre autres, d'outils d'aide à la prescription, d'un Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse, de protocoles précisant les conduites à tenir autour de certains médicaments à risques et modalités de surveillance post administration.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels du programme qualité sécurité du circuit du médicament sont formalisés au niveau de l'établissement et déclinés par les professionnels concernés. La mobilisation des équipes, de la CME, du COVIRISQ et du pharmacien est effective. Les familles sont mobilisées en amont de l'admission, à l'arrivée de l'enfant, lors des permissions de sortie, en cas de transfert sur un autre établissement et lors de la préparation de la sortie en fin de cure.

Les professionnels de la MECS et le pharmacien sont sensibilisés sur les risques liés aux erreurs médicamenteuses et sur le respect des bonnes pratiques. Ils participent au signalement des événements indésirables, à l'analyse des causes et sont impliqués dans le déploiement des actions correctives.

Des démarches de sensibilisation et d'accompagnement sur les traitements et le bon usage des médicaments sont menées auprès des enfants et adolescents. Dans le cadre des ateliers animés par les infirmiers, des actions d'information et d'éducation sont réalisées auprès des enfants pendant leur séjour notamment pour l'asthme pour l'usage des corticoïdes, des antihistaminiques et l'utilisation de la chambre d'inhalation.

En fonction des résultats des indicateurs, des dysfonctionnements constatés et des événements indésirables déclarés, des actions correctives partagées entre les professionnels et le pharmacien de ville sont mises en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires pour la mise en œuvre du circuit sécurisé du médicament sont pris en compte par l'établissement. Lors du premier semestre 2018, trois infirmiers ont bénéficié d'une formation sur l'erreur médicamenteuse. La formation aux gestes et soins d'urgence des médecins et infirmiers permanents est formalisée. L'établissement a passé convention avec une officine de ville pour assurer la permanence pharmaceutique et garantir une continuité avec les officines de garde. Les deux médecins thermaux permanents habilités à prescrire disposent d'un code d'accès nominatif au dossier informatisé. Ils assurent les astreintes de garde la nuit, les dimanches et jours fériés. Les règles de prescription sont formalisées et rappelées dans la Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Des actions de formation et de sensibilisation sur le bon usage du médicament et le risque d'erreur médicamenteuse sont menées auprès des professionnels permanents médicaux et infirmiers. L'équipe éducative est informée et sensibilisée, en début de chaque session et durant le séjour, sur les modalités de surveillance concernant les effets liés aux traitements spécifiques de certains enfants notamment en cure, lors des activités éducatives et de loisirs.

Des actions d'information et de connaissance sur les traitements et le bon usage des médicaments sont effectuées par groupe d'âge de cinq à six enfants. Des actions individuelles d'évaluation des connaissances sur la pathologie et le traitement sont menées à l'arrivée, durant le séjour et à la sortie de l'enfant et de l'adolescent. Elles sont organisées lors de l'administration du traitement et prennent en compte la capacité d'autonomie de chacun. Les modalités de communication et d'information avec les familles sont organisées notamment en cas d'évènement indésirable lié au médicament.

Les ressources en matériel et équipements sont pris en compte par l'établissement. L'accès au poste de soins et aux deux armoires à pharmacie est sécurisé. La dotation et le stock tampon sont définis avec les professionnels médicaux et paramédicaux lors de chaque session et en fonction des enfants et adolescents accueillis. Les commandes des dotations pharmaceutiques et en dispositifs médicaux sont délivrées par l'officine de ville en fonction des besoins des utilisateurs. Les médicaments à risques sont identifiés, la prescription est nominative pour les traitements antalgiques et antibiotiques. Le traitement personnel de chaque enfant est individualisé dans un boîtier nominatif rangé dans une des deux

armoires. Une organisation est définie avec les infirmiers pour la gestion des différents périmés et le suivi des médicaments nécessitant un stockage au frigidaire. Le transport des médicaments et dispositifs médicaux est assuré par un des deux infirmiers. Ils disposent à cette effet d'une mallette spécifique fermée à clef. Les professionnels disposent d'une mallette scellée en cas d'urgence vitale dans le poste de soins, d'un obus à oxygène et d'un défibrillateur semi automatique. Le contrôle de ces équipements est assuré mensuellement et lors de chaque utilisation. La traçabilité du contrôle et des périmés est en place en lien avec le pharmacien de l'officine. Des trousse de premiers secours scellées pour les premiers soins lors des sorties extérieures sont mises à disposition des professionnels notamment de l'équipe éducative. La gestion documentaire est organisée, les procédures, protocoles et guides de bonnes pratiques sont accessibles aux médecins et infirmiers sur leur PC mobile. Les professionnels disposent, entre autres, d'un outil informatisé d'aide à la prescription, d'un livret thérapeutique, d'un Manuel Qualité sur les étapes du circuit du médicament, de divers conduites à tenir : prescription antibiothérapie, gestion des périmés, situation de rupture prolongée d'approvisionnement, administration des traitements de fond le 1er jour notamment du XOLAIR... Des protocoles sont également formalisés sur la gestion de la mallette d'urgence vitale et des trousse de premiers secours, sur le classement des armoires à pharmacie, sur le stockage réfrigéré des médicaments, sur l'hygiène et le médicament. Un outil d'aide à l'information et la sensibilisation des professionnels est mis à leur disposition sous forme de power point avec des Questions/Réponses. Un questionnaire spécifiques de connaissance sur l'asthme a été conçu spécifiquement pour les enfants lors de leurs arrivées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les deux médecins thermaux assurent la prescription informatisée conformément aux règles de prescription. La prise en compte du traitement personnel de l'enfant est effectuée dès son accueil, le dimanche, à partir : de l'ordonnance transmise par le médecin adresseur et/ou de celle actualisée transmise par les parents avec son traitement lors de son arrivée.

Les modalités de demande de préadmission mises en place favorisent la connaissance, en amont, de la pathologie de l'enfant, de ses antécédents et de son traitement personnel pour les prescripteurs qui font le lien avec le pharmacien de l'officine de ville.

La prescription médicale informatisée est effectuée sur la base d'un examen clinique initial et régulier avec un examen clinique le lundi et une visite médicale hebdomadaire en systématique durant les trois semaines de son séjour.

Le pharmacien de l'officine de ville dispose d'une ordonnance "format papier" issue de l'impression de la prescription informatisée comportant également le poids, la taille avec l'IMC et les données biologiques nécessaires. L'analyse pharmaceutique, les modalités de dispensation sont réalisées par le pharmacien de l'officine qui émet des avis pharmaceutiques sur l'ordonnance papier.

La délivrance nominative globalisée sous sachets individuels est établie sur la base de 21 jours avec réajustement en cas de modification de traitement. La transmission de l'ordonnance au pharmacien ainsi que le transport des médicaments délivrés est effectué par un des infirmiers à l'aide d'une mallette sécurisée.

Les professionnels disposent d'une dotation d'urgence adaptée à leurs besoins au regard des profils des enfants accueillis lors de chaque session. Ils s'appuient sur des protocoles thérapeutiques et guides de bonnes pratiques pour la prescription, la gestion des traitements individuels et l'administration des médicaments. L'administration des médicaments et la traçabilité de cette administration est réalisée dans le poste infirmier en temps réel auprès de chaque enfant selon les modalités et horaires d'administration prescrits.

Lors de la visite d'investigation, il a été retrouvé une traçabilité effective notamment sur les motifs de non administration du médicament, sur les informations relatives au traitement communiquées à l'enfant et aux parents. Il en a été de même pour la démarche de recherche d'autonomie, d'information et d'éducation de l'enfant sur sa pathologie et la connaissance de son traitement avec la présence de la fiche d'évaluation d'entrée. Pas de retranscription infirmière

Pas de déblistérisation des médicaments dans les boitiers nominatifs. Suivi spécifique en fonction des tranches d'âge / non observance de la prise des traitements. Organisation de la sortie avec ordonnance, information de la famille et du médecin traitant...

La préparation de la sortie est anticipée avec la rédaction d'une ordonnance de sortie informatisée transmise aux parents et au médecin adresseur si nécessaire. Des informations complémentaires sont communiquées auprès des parents lors de la sortie de l'enfant.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre le différents acteurs et l'officine de ville sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La démarche d'évaluation autour du circuit du médicament est intégrée dans la démarche institutionnelle. Les évaluations sont réalisées par les pilotes avec une implication effective des médecins, des infirmiers, du pharmacien et de l'équipe éducative. Des audits interdiag sont réalisés chaque année (3 en 2018) par

l'infirmier coordonnateur et validé par le pharmacien de l'officine de ville. L'établissement participe au recueil des indicateurs hôpital numérique et de certains indicateurs nationaux en fonction de sa spécificité et en assure le suivi. Les événements indésirables font l'objet d'un suivi par le responsable qualité et le COVIRISQ. Une évaluation des pratiques professionnelles annuelle sur la sécurisation du médicament, étape 5, est en cours. Un recueil d'indicateurs spécifiques est organisé notamment sur les types d'erreurs médicamenteuses, sur les erreurs lors de l'administration. Un tableau de bord de suivi du nombre de FEI déclarées et du nombre d'erreurs médicamenteuse est formalisé.

A / AGIR

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

L'analyse et le suivi des résultats des différents indicateurs amènent à la mise en place d'actions d'amélioration avec les médecins, les infirmiers et le pharmacien. Des actions d'amélioration ont été mises en place notamment autour des modalités d'évaluation de l'autonomie de l'enfant dans le cadre de son projet thérapeutique, des modalités de dotation, de l'élaboration de protocoles...

Elles sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel et articulées avec le compte qualité. Elles font l'objet d'une démarche de communication en interne auprès des professionnels permanents et vacataires lors de chaque début de session et lors des temps de transmission pluri professionnels journaliers. Elles sont présentées et validées par les instances et communiquées auprès des représentants des usagers. .