



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE SSR LA PINEDE

**23 chemin du roussillon
82370 Saint Nauphary
JANVIER 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE SSR LA PINEDE	
Adresse	23 chemin du roussillon 82370 Saint Nauphary
Département / région	TARN-ET-GARONNE / OCCITANIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	820008142	SAS LA PINEDE	23 chemin du roussillon 82370 Saint Nauphary
Etablissement de santé	820003218	CLINIQUE SSR LA PINEDE	23 chemin du roussillon 82370 Saint Nauphary

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	100	10

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Centre Hospitalier de Montauban Clinique Honoré Cave Clinique du Pont de Chaume Hôpital Larrey Centre de Réadaptation des Laryngectomisés de la Fondation Bon Sauveur d'Alby Service de Neurochirurgie de la Clinique de L'Union
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions	/
---	---

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Parcours du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	personne âgée	SSR polyvalent	A définir	Complète	Simple	SSR
2	adulte	SSR Affections du système nerveux	A définir	Partielle	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

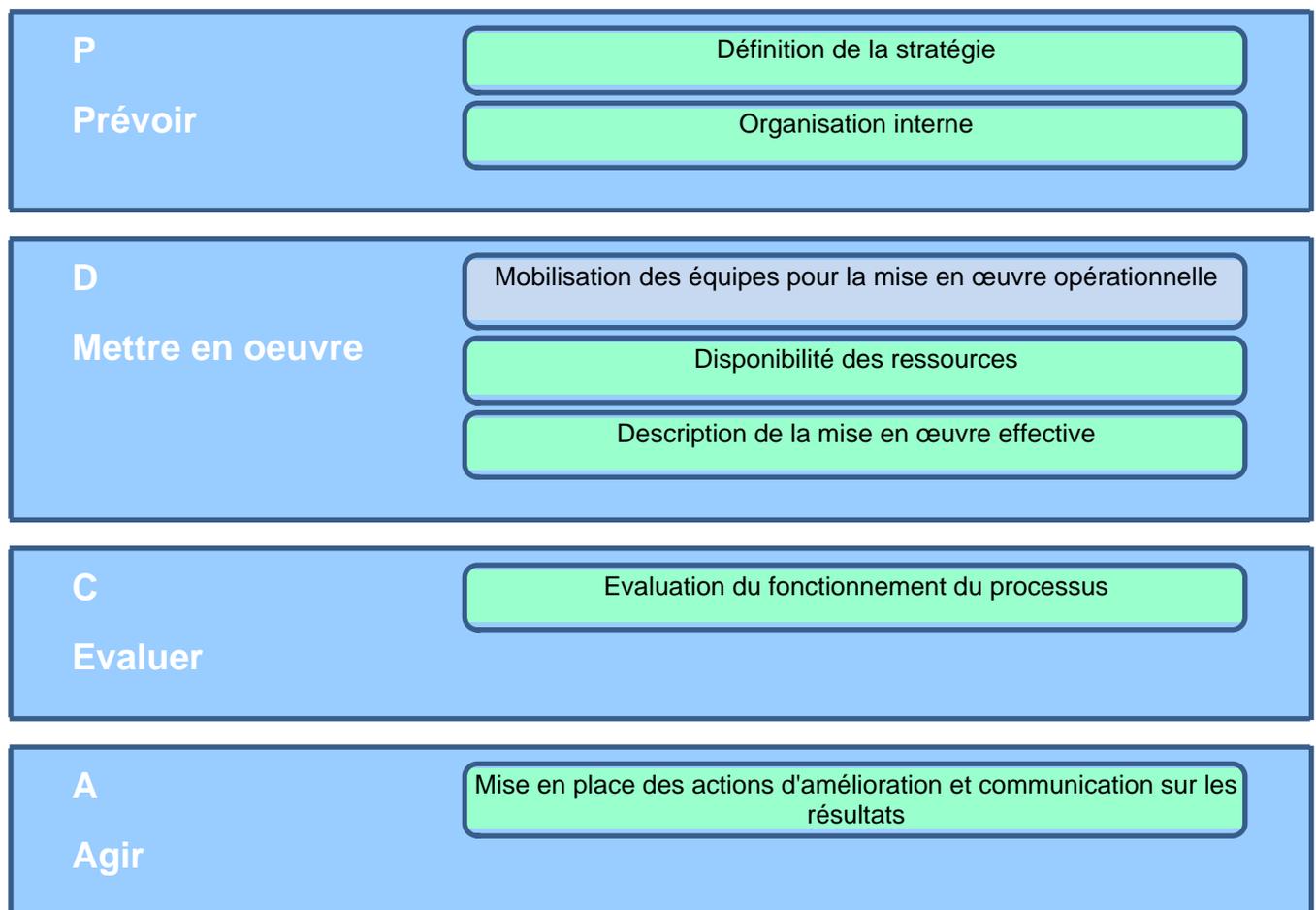
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique La Pinède dispose d'une politique avec une stratégie et des objectifs. Celle-ci est inscrite dans le projet d'établissement 2016 / 2021.

La politique est constituée de plusieurs éléments notamment la stratégie et les modalités de pilotage des EPP, la gestion de crise et les réponses aux obligations légales et réglementaires. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration de cette politique par le biais de recommandations faites en commission des usagers (CDU). Les représentants de usagers participent à toutes les instances (CLIN, CLAN, CLUD, comité éthique).

La stratégie et les objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée et opérationnelle.

L'identification des risques est faite de manière pluridisciplinaire. La hiérarchisation des risques et la détermination de leur mode de traitement ont été menés par chaque pilote de processus et validé par le COPIL/QVIRIS. Les risques qui ont été jugés prioritaires ont été intégrés au compte qualité après validation du COPIL/QVIRIS.

La stratégie a été validée par les instances délibérantes et notamment la CDU et commission médicale d'établissement (CME) .

Le projet d'établissement définit les priorités en matière de qualité et gestion des risques. Ces priorités sont déclinées directement dans un programme (PAQSS). Ce programme est structuré et couvre l'ensemble des éléments attendus.

L'exploitation des plaintes et des réclamations et des évènements indésirables, ont contribué à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation spécifique pour piloter le processus qualité et gestion des risques (GDR).

La coordination de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins est conforme et en place.

Les situations de crises sont prévues et leur gestion est organisée par un plan blanc actualisé chaque année.

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des évènements indésirables (EI). La procédure de gestion des évènements indésirables permet le traitement des évènements indésirables graves par une analyse des cause profondes (méthode alarm). Les professionnels concernés sont associés.

L'établissement met en œuvre des EPP. La politique organise leur déploiement et un guide méthodologique est disponible pour les pilotes. La CME assure le pilotage de la démarche.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage repose sur un responsable qualité, une IDE référente qui est coordinatrice des risques associés aux soins et 4 pilotes de processus. Les rôles sont connus. Ils sont encadrés respectivement par une une fiche de poste et une fiche mission.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines. L'organisation a prévu les instances, les effectifs et les compétences nécessaires au fonctionnement de la qualité et gestion des risques dans l'établissement. La CME, le COPIL/QVIRIS et la CDU sont au cœur du dispositif.

L'établissement a organisé la réponse en matière de formation. Les besoins sont identifiés lors des entretiens annuels, des évaluations menées, mais aussi par la direction qui définit des priorités de formation. Les compétences et outils nécessaires à la qualité et à la gestion des risques ont été priorisés.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources matérielles. Les dispositifs de maintenance des matériels et des installations sont organisés sur les plans curatifs et préventifs .

La gestion du système d'information facilite le fonctionnement des services. Le système est sécurisé pour garantir la permanence des données.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources documentaires. La base documentaire informatisée est opérationnelle dans chaque service. Elle est complétée de classeurs qualité dans le bureau du RAQ. Ces classeurs renforcent la continuité de l'information en cas de panne du système d'information.

L'organisation en place a permis l'atteinte des objectifs fixés. Cette organisation se fonde sur une coordination fonctionnelle entre le service qualité et gestion des risques, le COPIL/QVIRIS et les pilotes de processus.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels, les services et les différentes composantes de l'organisation qualité et GDR.

La coordination du système qualité et gestion des risques avec les dispositifs de vigilance et de veille sanitaire, est organisée et assurée par le COPIL dont le rôle vient d'être étendu pour devenir le COPIL/QVIRIS.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement décline le programme qualité et gestion des risques dans chaque service avec des plans d'actions et des objectifs opérationnels via l'encadrement et avec l'appui du COPIL/QVIRIS.

Les représentants des usagers participent activement à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, y compris dans le cadre de la CDU et d'autres instances.

Le management sensibilise les professionnels sur les risques identifiés et sur les différents processus et procédures en vigueur dans l'établissement. Le base documentaire alerte les professionnels en cas de nouveauté. La rédaction des procédures est participative.

L'engagement effectif des professionnels s'exprime à travers la mise en œuvre d'évaluations de pratique par exemple de CREX (5 en 2017) et de patients traceurs (4 en 2017).

L'établissement a été mobilisé dans l'élaboration du compte qualité. Les instances de l'établissement et les groupes de travail rattachés à chaque processus, ont élaboré le contenu du compte qualité.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport à l'organisation prévue.

Des audits de connaissance et des enquêtes ciblées sont mis en œuvre dans les services pour s'assurer de la conformité des pratiques.

Les responsables informent les professionnels des résultats obtenus.

Des actions correctives sont identifiées et mises en place en cas de non maîtrise des pratiques ou de non atteinte des objectifs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose des compétences nécessaires pour le fonctionnement des services.

L'établissement a déployé des formations à la conduite des CREX, Patients Traceurs, EPP, gestion des risques, etc. Par ailleurs, les transferts de compétences sont assurés par des actions d'information et de sensibilisation de la part du management et des équipes, notamment lors de l'intégration de nouveaux personnels.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les services et connus. Les professionnels rencontrés lors de la visite, connaissent la documentation mise à leur disposition si besoin. Le niveau d'informatisation de l'établissement assure une proximité de la source documentaire.

Les documents relatifs à la gestion de crise et ceux relatifs à l'urgence sont connus. Le plan blanc est accessible.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les services. Le système d'information facilite la mise en œuvre des processus qualité et gestion des risques. Sa sécurisation est opérationnelle.

Le carnet sanitaire est en place. Il est suivi en interne par un technicien.

Les maintenances des matériels et des installations liés à la sécurité des usagers sont effectives (SSI, urgence, etc.).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque service connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patients.

La gestion des événements indésirables est opérationnelle. La déclaration est informatisée. Les modalités de signalement et de traitement des événements indésirables sont respectées. Le nombre de signalements est en hausse. Concernant les événements indésirables, il y en a eu 95 en 2015 et 85 en cette fin 2017.

Les modalités de recueil et de traitement des plaintes et réclamations sont conformes aux procédures établies.

Des exercices sur le risque incendie sont effectués régulièrement.

Les circuits d'information sont globalement respectés. Les interfaces entre les différents circuits sont effectives concernant les vigilances, les plaintes et réclamations et les événements indésirables.

La coordination des vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est assurée.

La mise en œuvre des actions et des activités dans les services fait l'objet d'une traçabilité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre de ses actions. Il dispose pour cela d'une organisation qui permet d'évaluer l'efficacité des d'actions à périodicité définie. Les évaluations sont pilotées par le service qualité et gestion des risques à travers les instances dédiées.

Elles reposent sur des analyses et des audits de pratiques ou de pertinence.

L'établissement évalue la satisfaction des usagers par le biais des questionnaires de sortie. L'analyse se fait pendant la CDU avec les représentants des usagers.
L'impact des démarches EPP sur l'évolution des pratiques, est évalué avant le déploiement à l'ensemble des services de soins concernés.
L'évaluation se base sur l'utilisation d'outils identifiés.
Cependant, l'appropriation des procédures n'est pas évaluée suite à la réalisation d'exercice de gestion de crise. L'investigation a établi que le plan blanc et/ou la cellule de crise, n'ont pas fait l'objet d'exercice. Cette situation empêche les retours d'expérience. Elle peut gêner l'établissement en cas de mise en situation réelle dans le cadre d'un déclenchement.
La disponibilité d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité est effective. L'établissement dispose d'un tableau de bord d'indicateurs complet et global qui couvre l'ensemble des processus engagés.
Les indicateurs hôpital numériques sont alimentés et suivis.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le cadre du programme d'actions (PAQSS). Celui-ci est unique et structuré par processus.
La structure des actions d'amélioration est définie. Chaque action comporte entre autre, un domaine, une échéance, un pilote, un indicateur de résultat et un rattachement au manuel de certification.
Le plan d'actions est suivi en instance et par le responsable qualité et GDR. Il est réajusté en fonction de l'avancée des actions et/ou des résultats obtenus en COPIL/QVIRIS.
Si besoin, les évaluations menées et les résultats des actions menées, peuvent entraîner un réajustement du programme.
L'établissement a défini des supports et des modalités de diffusion sur les résultats des actions d'amélioration. Ces supports sont multiples : réunion, diffusion par voie d'affichage dans les services ou bien par la base documentaire. La communication des résultats et des actions est réalisée en interne et en externe auprès des professionnels et des usagers.
L'établissement diffuse les IPAQSS, mais aussi d'autres indicateurs tels que les indicateurs IN ou bien, les pourcentages de satisfaction patients. Ils sont affichés dans les locaux et les lieux d'accueil du public.
Les usagers et les plaignants sont informés des actions menées suite aux plaintes et réclamations.

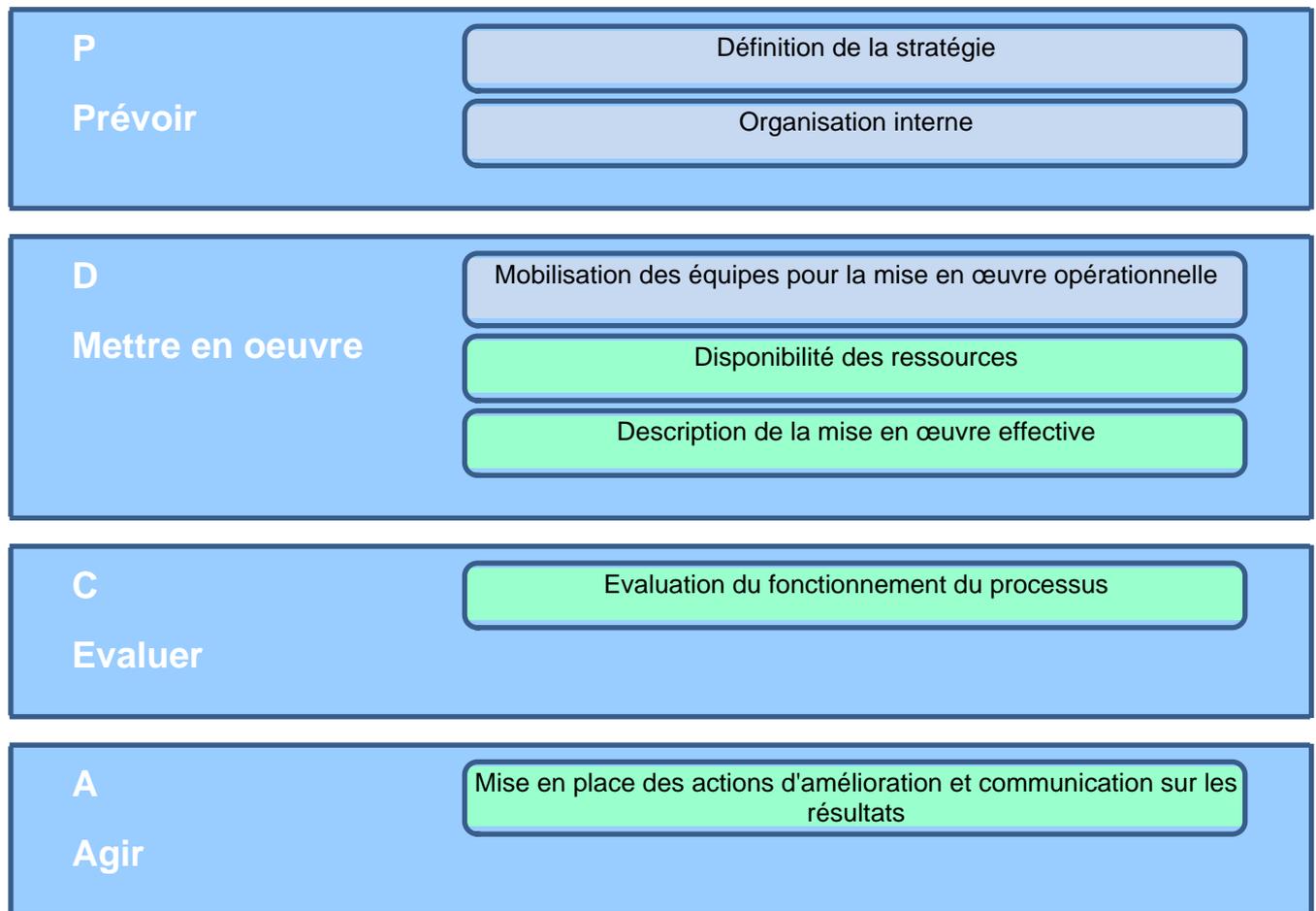
DROITS DES PATIENTS

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 clinique la Pinède dispose d'une stratégie et des objectifs concernant le respect des droits des patients. Ceux-ci figurent dans son projet d'établissement 2016 - 2021.

La promotion de la bientraitance, le respect de l'intimité, de la dignité, des libertés individuelles, de la confidentialité et du consentement du patient, ont fait l'objet d'une note stratégique complémentaire signée conjointement par la direction et les membres de la commission des usagers (CDU).

La stratégie et les objectifs du projet ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

L'identification des risques a été faite de manière pluridisciplinaire. Elle a consisté à recenser les risques qui étaient rattachés à des contraintes de fonctionnement ou bien à des déclarations d'événements indésirables et à les hiérarchiser en fonction de la criticité résiduelle. Les risques de maltraitance, et de non-respect des libertés individuelles ont été jugé prioritaires.

La stratégie a été validée par les instances concernées, c'est à dire la commission médicale d'établissement (CME), le comité éthique et la CDU.

La mise en œuvre de la stratégie concernant les droits du patient est définie par un plan d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) qui recouvre par ailleurs, l'ensemble des actions d'amélioration de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus droits du patient.

Cette organisation encadre le respect des libertés individuelles, le recueil du consentement éclairé du patient en tenant compte du bénéfice risque et le cas échéant, du refus de soins. Par ailleurs, l'identification de la personne de confiance et de la personne à prévenir est prévue et définie.

L'organisation des pratiques concernant les mesures de restriction des libertés individuelles est adaptée. Un protocole définit notamment la pose et le suivi de la contention.

D'autres modalités organisent l'information du patient. Cela concerne notamment l'information sur l'évolution de l'état de santé, son aggravation, les dommages liés aux soins et la fin de vie à travers les directives anticipées.

L'établissement dispose de modalités de signalement et de gestion en cas de maltraitance. La procédure correspondante a été réactualisée et enrichie en septembre 2017. Par ailleurs, le patient peut tracer et mettre à jour ses directives anticipées sur un formulaire prédéfini proposé à l'accueil.

La confidentialité est traitée par une procédure créée en janvier 2008 et réactualisée le 20/03/2017.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage du processus est assuré par un médecin, président du comité éthique, une assistante sociale et la responsable de l'assurance qualité. Le rôle de pilote est détaillé par une fiche de mission établie par la direction. Par ailleurs, le fonctionnement du comité éthique est défini dans son règlement intérieur.

Les ressources nécessaires en personnel et en instance ont été définies en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. La CDU est en place. Son organisation est conforme à la réglementation. Le traitement des plaintes et réclamations est des demandes de dossiers est prévue en systématique.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines. L'établissement dispose des effectifs suffisants pour mettre en œuvre cette organisation. Par ailleurs, l'établissement a identifié ses besoins en matière de formation. Le plan de formation 2017 contient des formations sur les droits du patient : bientraitance, confidentialité, directives anticipées, personne de confiance.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources matérielles. L'organisation des locaux affectés à l'hébergement permet le respect de l'intimité, de la confidentialité et de la dignité du patient (10 chambre doubles sur 100 lits). Par ailleurs, le système d'information et de conservation physique des dossiers garantit la confidentialité des informations relatives aux patients dans les unités de soins.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Une gestion documentaire informatisée est à disposition de l'ensemble des professionnels. Par ailleurs et en cas de besoin, le bureau du RAQ dispose de classeurs qualité qui compilent l'ensemble des documents et procédures sur les bonnes pratiques.

A travers le livret d'accueil, l'établissement permet au patient d'être informé sur ses droits, ainsi que sur la composition et les missions de la CRU.

La remise du livret d'accueil agent permet aux salarié de connaître les valeurs de l'établissement et les règles à appliquer à propos de la bientraitance.

L'organisation en place permet l'atteinte des objectifs fixés en matière de respect des droits des patients.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre services. Les réunions et les staffs au sein des services permettent de traiter du respect des droits des patients et des aspects éthiques.

Le patient et si il y a lieu son entourage, participent à la construction du projet personnalisé de soins avec le médecin en lien avec l'équipe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management définit et met en œuvre les objectifs opérationnels et les plans d'actions d'amélioration qui découlent de l'identification des risques.

Il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leurs services. La direction diffuse les informations aux professionnels lors de réunions d'information ciblées et par le biais de la base documentaire qui dispose d'une alerte en cas de nouveauté.

La réflexion bénéfique risque et la recherche de consentement est un sujet de concertation au sein de l'équipe soignante.

La prise en compte du respect des libertés individuelles est réelle au sein des services de soins.

Le déploiement de nouvelles procédures s'appuie sur un mode de diffusion piloté par la direction avec feuille d'émargement. Par ailleurs, l'établissement s'assure des bonnes pratiques par des enquêtes et audits de pratiques ciblés par exemple sur la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées ou la maltraitance

Les responsables informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont identifiées et mises en place par le comité éthique en cas de non maîtrise des pratiques ou de non atteinte des objectifs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les personnels ont eu les formations sur les droits du patient prévues au plan de formation, ce que confirment les professionnels rencontrés lors des investigations terrains des experts visiteurs.

Par ailleurs, les professionnels sont sensibilisés en continu pour développer au quotidien, une prise en charge des patients respectueuse de leurs droits.

Le fonctionnement de la CDU est conforme à la réglementation. L'implication des représentants des usagers dans les instances est réelle. Leurs préconisations en instance ont permis une amélioration des pratiques. La CME et le comité éthique contribuent au pilotage du processus.

Les patients sont informés de leurs droits par le livret d'accueil et par une réunion d'information bimensuelle. L'affichage dans les zones d'accueil complète cette information.

Le livret d'accueil des personnels sont remis systématiquement aux nouveaux agents.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le niveau d'informatisation généralise l'accès à la base documentaire.

Les ressources en matériels sont disponibles dans les secteurs d'activité. La conception des chambres et la pratique des professionnels, permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient lors des soins (ex.: écran d'intimité dans les chambres doubles et opacification des ouvertures à la balnéothérapie).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation et met en œuvre les protocoles et les procédures établis pour la prise en charge des patients.

L'établissement met en œuvre un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent. Par ailleurs, le patient et s'il y a lieu son entourage, sont associés à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients.

Des actions de sensibilisation visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont en place.

Les professionnels mettent en œuvre la procédure d'information du patient en cas de dommages liés aux soins.

Les circuits et les processus d'information sont respectés et les interfaces prévues entre les secteurs et les professionnels sont opérationnelles.

Les contributions de la CDU et de la CME renforcent une mise en œuvre homogène des bonnes pratiques.

La traçabilité des actions et des activités réalisées est assurée. La traçabilité du recueil du consentement dans le dossier est effective.

La traçabilité de la désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir est présente. Elle est effectuée sur un formulaire renseigné ou bien mis à jour, lors de l'accueil dans le service par l'aide soignante, conformément à la procédure "prise en charge du patient par les aides-soignants à l'entrée".

Les alertes relatives aux directives anticipées et à la non divulgation de la présence sont intégrées au dossier du patient lorsqu'elles existent. Les patients sont informés de ces possibilités lors de leur accueil.

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

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de ses actions.
Les audits patients traceurs qui ont été menés, ont permis d'évaluer le respect des droits du patient, les traçabilités correspondantes et la satisfaction du patient sur son état de santé.
L'établissement évalue la satisfaction du patient et de son entourage sur la prise en charge à travers le questionnaire de sortie (taux de retour de 25%).
L'évaluation se base sur l'utilisation d'outils identifiés. L'établissement dispose d'un tableau de bord complet et consolidé qui contient l'ensemble des indicateurs utiles dans chaque processus.
Les indicateurs IPAQSS TDP sont alimentés et suivis concernant les mentions de la personne de confiance, de la personne à prévenir et de l'accord du patient à son projet.
Le nombre de plaintes et réclamations est suivi. Le délai de traitement est évalué. Le rapport de la CRU 2016 fait état d'un délai de traitement de 4 jours.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le cadre du PAQSS qui est piloté par le RAQ. La mise en œuvre des actions d'amélioration est suivie simultanément par les instances dans leur domaine et par le COPIL/QVIRIS. Le PAQSS est structuré. Chaque action est pilotée.
Des actions d'amélioration concernant le respect des libertés individuelles ont été menées en lien avec la CDU : procédure de pose de contention physique.
Des actions d'amélioration concernant la dignité et l'intimité du patient sont conduites : mise en place d'un film opacifiant en balnéothérapie.
Des actions d'amélioration concernant la bientraitance du patient sont conduites : procédure de signalement de maltraitance interne et externe.
Des actions d'amélioration concernant l'accueil du patient sont conduites : création d'un livret d'accueil patient spécifique HDJ.
L'établissement dispose de plusieurs moyens de communication des actions. Concernant les usagers, il s'agit principalement des affichages réalisés sur les lieux communs de passage. Concernant les professionnels, la diffusion des comptes rendus de réunions d'instance et de travail est utilisée.
La communication des résultats et actions est réalisée en interne et en externe. L'établissement diffuse ses actions et ses indicateurs à travers sa base documentaire, par voie d'affichage et sur son livret d'accueil.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

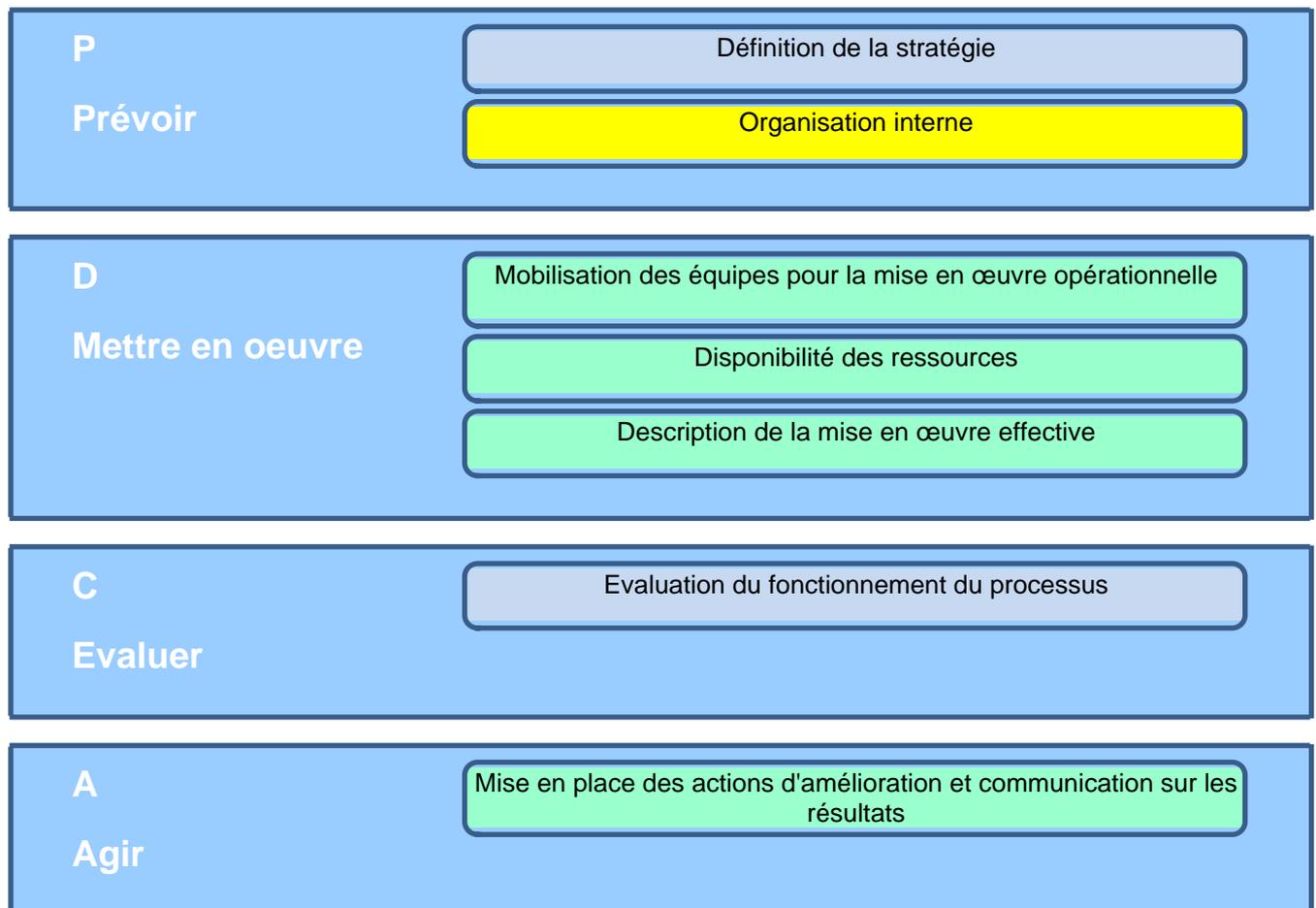
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique La Pinède à Saint Nauphary est un établissement de 100 lits en hospitalisation complète (HC) de SSR (80 lits de SSR polyvalent et 20 lits de SSR des affections du système nerveux) et 10 places en hospitalisation de jour (HdJ). Cet établissement a formalisé sa stratégie du parcours du patient dans son projet d'établissement 2016-2021. Il y a ajouté en 2017 les politiques de prises en charge particulières comme le patient âgé, porteur d'un handicap ou démuné.

L'offre de soins proposée répond aux besoins de la population du territoire, tant sur le point du SSR polyvalent que neurologique. A ce titre, la clinique est inscrite dans une filière neurologique par une convention avec le CH de Montauban. Un médecin de la clinique assiste de façon hebdomadaire à une réunion de synthèse pluridisciplinaire au CH afin d'étudier les demandes d'admissions et réaliser des retours sur les patients déjà admis.

Le groupe de travail constitué des pilotes du processus parcours patient a réalisé une cartographie des risques. Les risques identifiés ont été cotés selon la méthode HAS. Les actions d'amélioration ont toutes été versées au programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement et au compte qualité (CQ) selon leur niveau de criticité. Le PAQSS et le CQ sont validés en COPIL qualité et accessibles sur la base documentaire de l'établissement pour l'ensemble du personnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "parcours patient" est assuré par un médecin, l'assistante sociale, l'IDE référente coordinatrice des risques associés aux soins et une secrétaire des admissions.

L'établissement dispose de ressources humaines variées pour assurer la prise en charge des patients. La ressource médicale est répartie en médecins salariés de l'établissement (4 médecins généralistes et 2 médecins MPR dont un désigné comme coordonnateur du secteur neurologique conformément à la réglementation) et des médecins vacataires intervenant à des fréquences variables (cardiologue, ORL, pneumologue, neurologue, endocrinologue, infectiologue).

L'astreinte médicale est organisée de façon hebdomadaire, répartie entre les 4 médecins généralistes.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'IDE, aide-soignants, une neuro-psychologue, une assistante sociale, 9 kinésithérapeutes, une ergothérapeute, 2 orthophonistes et une diététicienne. Des formations régulières sont organisées, un recueil des besoins est effectué lors des entretiens annuels des professionnels. L'accueil des nouveaux arrivants comprend une formation à l'utilisation de la gestion documentaire informatisée, du dossier patient informatisé (DSI), une présentation du circuit du médicament et de la cellule qualité.

Les documents en rapport avec le parcours patient est entièrement informatisés. Les professionnels sont alertés des nouveaux documents ou mises à jour. Des réunions de relecture sont organisées pour les procédures importantes. Il existe notamment une procédure de "conduite à tenir en cas d'urgence vitale", "prise en charge nutritionnelle des patients", un protocole de "conduite à tenir en cas de tentative de suicide ou de suicide" et "d'évaluation et de prise en charge des patients à risque suicidaire". L'organisation de l'accueil, de la sortie, du projet personnalisé de soins est également formalisée.

L'établissement est organisé sur 3 niveaux: le RDC comprend les bureaux administratifs et médicaux, le secteur d'HdJ, le plateau technique et la balnéothérapie. Les lits d'hospitalisation sont répartis sur les 2 étages en 2 fois 50 lits non sectorisés. Le plateau technique répond aux exigences réglementaires des typologies de prises en charge. Des équipements de mobilisation des patients sont prévus. Le parc informatique et le choix des logiciels répondent aux attentes des professionnels.

Toutefois, le dispositif de prise en charge des urgences vitales n'est pas adapté dans l'ensemble des secteurs. En effet, malgré l'existence d'un chariot d'urgence à chaque niveau de l'établissement, seul le chariot d'urgence du 1er étage dispose d'un matériel de réanimation cardiaque (DSA). Dans le secteur de balnéothérapie, le kinésithérapeute qui assure la séance est seul avec les patients. Le local ne dispose pas de coup de poing d'appel urgent ou autre dispositif. La porte est fermée, quoique vitrée, rendant inaudible un éventuel appel vocal. La vision par un autre professionnel par la porte vitrée est aléatoire. Le risque sur la prise en charge des urgences vitales en balnéothérapie a été identifié au niveau du CQ.

La gestion des interfaces est organisée: en amont pour les demandes de pré-admissions (document de pré-admission type, conciliation téléphonique), en aval pour la sortie (documents de sortie, fiches de liaison, implication des réseaux), lors des transferts en interne (brancardiers, agenda, planning) et en externe (laboratoire prestataire, services d'imagerie, consultants extérieurs, conventions diverses). Les professionnels de rééducation ont accès à un planning.

L'impression de l'agenda est remise au patient d'HdJ.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes de terrain sont informées sur les objectifs de l'établissement pour la thématique "parcours patient" par l'ensemble de la documentation mise en ligne et accessible sur l'intranet.
 Il existe également des réunions d'information. Les staffs pluridisciplinaires hebdomadaires sont aussi l'occasion d'échanges sur cette thématique. L'IDE référente assiste aux transmissions et peut relayer des informations. De façon plus informelle, les personnels des instances assurent un relai oral auprès des autres professionnels. Les rencontres des professionnels de terrain en cours de visite confirment une connaissance et une implication dans la démarche d'identification et de maîtrise des risques de leur secteur.
 Les professionnels sont encouragés à la déclaration des évènements indésirables.
 Les professionnels participent également au recueil des différents indicateurs, aux EPP, CREX (5 en 2017) et patients traceurs (4 déjà réalisés avant la visite et générateurs d'actions d'amélioration).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est effective, tant pour le personnel médical que para-médical. Les astreintes médicales sont partagées par les 4 médecins généralistes, de façon hebdomadaire. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'urgence vitale.
 L'équipe pluridisciplinaire en place répond aux exigences réglementaires propres aux activités SSR autorisées. Les professionnels rencontrés confirment être formés aux gestes d'urgence, au risque suicidaire (identification et stratégie de prise en charge), la bientraitance. D'autres formations ont été réalisées: douleur, régime, parkinson, troubles de déglutition, stomies, hygiène, diabète. Une IDE nouvellement embauchée confirme la réalisation de formations à l'attention des nouveaux arrivants, notamment l'utilisation du logiciel de gestion documentaire et du dossier patient informatisé ainsi que le circuit du médicament.
 Les professionnels témoignent d'un accès facile à la documentation sur l'intranet. La rédaction des procédures est participative. Le livret d'accueil est remis au patient dès son admission en hospitalisation complète, lors de la visite du service avant admission en hôpital de jour. Des documents d'information sont également remis aux patients: triptyque "personne de confiance", "mes médicaments à la clinique La Pinède", "tout savoir sur les représentants des usagers", ..
 Les locaux visités et le matériel disponible répondent aux exigences des patients pris en charge: patients âgés, patients porteurs d'un handicap moteur ou sensoriel. Le parc informatique y compris portable est largement déployé. Le logiciel du dossier patient est accessible à distance par les médecins de la clinique, ce qui facilite la continuité des soins.
 Toutefois, un matériel d'urgence opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs de l'établissement.
 En effet, sur les 3 chariots d'urgence de la clinique, seul celui positionné au 1er étage est équipé d'un matériel de réanimation cardiaque (DSA). L'absence d'un tel matériel sur les autres chariots, situés à distance, diminue la rapidité de prise en charge d'une urgence vitale le requérant. Par ailleurs, les modalités pratiques du recours à l'unique DSA ne sont pas formalisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les patients de la clinique La Pinède sont admis après un processus de pré-admission, la plupart du temps après une hospitalisation dans une autre structure ou en relai à l'hospitalisation complète pour le secteur HdJ. Certains patients viennent du domicile. Le circuit de la demande d'admission est propre à chaque entité (HC ou HdJ), souvent complété par l'IDE référente et toujours validé par un médecin, avec information de la pharmacienne afin d'anticiper la mise à disposition éventuelle du traitement. Le patient est toujours informé.
 En HdJ, une visite de présentation du service, de son règlement intérieur, ses chartes, est organisée, avec précision des pièces à fournir au moment de l'admission et délivrance du livret d'accueil. Un planning prévisionnel est réalisé en équipe pluridisciplinaire, révisé au moment de l'admission par le médecin lors de son évaluation initiale.
 Le jour de l'admission, le patient est accueilli par les services administratifs. Un contrôle d'identité est réalisé. Le livret d'accueil en HC est remis. Ses différents items, notamment la personne de confiance et les directives anticipées, sont expliqués aux patients qui le désirent au cours de réunions programmées tous les 15 jours.
 L'accueil dans le service est réalisé par l'aide-soignante, qui commence à renseigner le DPI (constantes, poids, autonomie, douleur), pose le bracelet d'identification en HC, recueille la personne de confiance.
 L'IDE et le médecin réalisent en binôme une évaluation initiale, tracée dans le DPI dans une trame pré-remplie. Cette trame permet le recueil de façon systématique des antécédents, allergies, histoire de la maladie. Dans certains cas, le médecin réalise avec la pharmacienne une conciliation médicamenteuse d'entrée.
 Le risque suicidaire est systématiquement recherché (une coche dans le DPI a été rajoutée suite aux patients traceurs). En cas de risque identifié, la neuro-psychologue est alertée. Elle évalue le patient à son

tour et met en place des mesures d'alerte dans le DPI et de prise en charge spécifique.

La diététicienne analyse l'ensemble des dossiers de pré-admission dans un souci de conciliation éventuelle. Elle voit tous les patients admis. Sa prise en charge est prescrite.

Les professionnels de rééducation réalisent également un bilan initial tracé dans un onglet propre à chaque spécialité. L'ensemble des constats et objectifs de rééducation sont repris dans l'onglet "projet de soins personnalisé". Ce PPS est validé en équipe pluridisciplinaire lors de staffs hebdomadaires et réévalué chaque semaine. Il comporte l'analyse du bénéfice-risque et la traçabilité de l'accord du patient.

Les professionnels assurent la traçabilité de l'évaluation continue du patient. Dans l'onglet "communication interne", ils peuvent créer une alerte destinée aux autres professionnels.

La coordination est assurée en continue grâce au DPI, aux alertes, au planning, à l'agenda du patient, aux transmissions (les nouvelles données apparaissent en rouge), aux visites et staffs hebdomadaires. Le médecin coordonnateur en MPR réalise une réunion pluridisciplinaire (avec la neuro-psychologue, l'ergothérapeute et l'orthophoniste) de façon hebdomadaire pour les patients de la filière neurologique en HC et HdJ. La continuité de la prise en charge est assurée en interne et en externe (transmission de documents utiles, accès au DPI à distance, perception du matériel prescrit avant la sortie du patient).

L'établissement n'a pas de programme ETP validé par l'ARS. Il a identifié ceux proposés sur le territoire.

L'orientation de patients vers de telles structures est tracée dans le DPI, le médecin traitant est informé. Il existe toutefois des actions d'éducation à la santé, notamment sur le diabète (médecin, pharmacienne, IDE et diététicienne).

La sortie est organisée, planifiée lors de la réunion médicale dédiée du jeudi matin. Le patient est informé des dates et modalités. Des visites au domicile de certains patients peuvent être réalisées par l'ergothérapeute et l'assistante sociale. Les documents remis au patient assurent la continuité des soins: document médical, bilans biologiques, fiches de liaison IDE, compte-rendu final des professionnels de rééducation, prescriptions médicamenteuse (10 jours), de matériel, d'appareillage, RDV divers. Des relais sont activés (notamment dans la prise en charge psychologique).

L'étude des 2 patients traceurs prévus sur le temps de visite confirme la mise en œuvre et la traçabilité dans le DPI des éléments permettant le suivi et la coordination des différents professionnels intervenant dans la prise en charge des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La thématique "parcours patient" est évaluée selon différentes modalités. Quatre patients traceurs ont déjà été réalisés. Les IPAQSS de tenue de dossier sont également analysés afin d'identifier des actions d'amélioration. Plusieurs EPP sont menées : "amélioration de la prise en charge des patients à risque de chute", "prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition des patients victimes d'AVC", "améliorer la prévention et la prise en charge des escarres", "sécurisation de la prise en charge des patients en HdJ", "évaluation de la pertinence des hospitalisations en SSR après AVC", "pertinence du dosage de la créatinine".

Les enquêtes de satisfaction comportent des items en rapport avec le parcours et sont intégrés comme indicateurs du CQ. Les autres indicateurs du compte qualité sont suivis: taux de chutes ayant eu des conséquences graves, DMS.

Par ailleurs, un RETEX a été organisé suite au décès d'un patient. Cette analyse rétrospective de la prise en charge de l'urgence vitale avec utilisation du chariot d'urgence a permis d'identifier des axes d'amélioration (changement du masque du respirateur). Un audit sur le dépistage des troubles nutritionnels a été organisé fin 2015. Un audit de l'ensemble du processus parcours patient a été réalisé en 2017 selon le modèle PDCA de l'HAS. Les actions d'amélioration identifiées à l'issue de ces diverses évaluations sont toutes intégrées au PAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées dans le compte qualité ont été réalisées, deux d'entre elles ont été abandonnées faute de possibilité d'extraction des données du DPI (taux d'escarre acquis/importé, indicateurs du PPS).

De nombreuses mesures (CQ et PAQSS) ont déjà été menées: conciliation d'admission (recherche des éléments manquants de la demande de pré-admission, courrier médical), création de l'onglet PPS dans le DSI, utilisation de l'onglet "communication" dans le DSI, mise en place de l'agenda du patient, rédaction de procédures (accueil en dehors des horaires prévus, prise en charge nutritionnelle), création de la coche "risque suicidaire" dans le DPI (action suite au PT).

La mise à jour du PAQSS est réalisée au fil de l'eau. Il est validé par le COPIL qualité et accessible aux professionnels sur l'intranet.

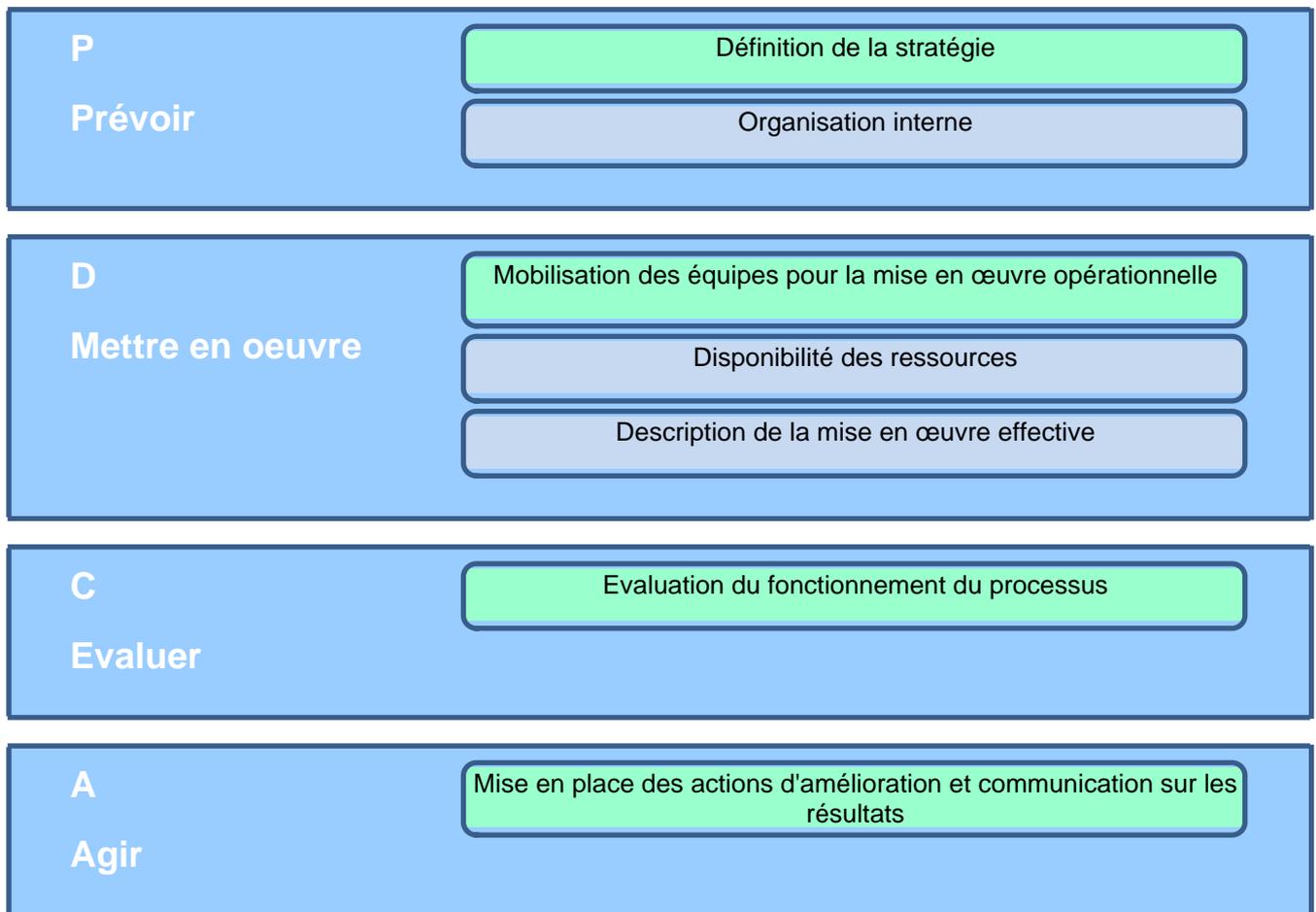
DOSSIER PATIENT

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 clinique La Pinède a formalisé dans son projet d'établissement 2016-2021 une politique de gestion du dossier patient, actualisée en 2017. Elle est définie en lien avec une identification des besoins et une analyse des risques. Elle repose sur les cinq principes suivants : accessibilité du dossier par les professionnels, facilité d'utilisation des éléments d'information pour la structuration du dossier patient, confidentialité de l'ensemble des informations de la prise en charge du dossier patient, sécurité de l'archivage par un contrôle d'accès aux locaux adaptés et évaluation périodique de la qualité du dossier patient.

Le groupe de travail constitué des pilotes du processus "dossier patient" a réalisé une cartographie des risques sur toutes les étapes de gestion du dossier patient.

Cette identification des risques a été réalisée à partir de l'analyse de la conformité à la réglementation en vigueur, de l'analyse des événements indésirables, des résultats des audits et du suivi des indicateurs IQSS.

A partir de cette cartographie des risques, l'établissement a identifié sept risques majeurs, hiérarchisés selon la méthode HAS et intégrés au compte qualité.

L'analyse des risques a permis d'identifier des objectifs d'amélioration repris dans le plan d'actions du compte qualité. Les actions, responsabilités, délais et modalités de suivi sont définis. Ces actions prioritaires sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS), validé en COPIL/QVIRIS et accessible sur la base documentaire de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "dossier patient" est assuré par le médecin DIM, le responsable de la sécurité des systèmes d'information et la secrétaire de l'information médicale.

Leurs missions sont définies dans une fiche de mission. Des fiches de fonction précisent leurs rôles et responsabilités.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies selon leur fonction et formalisées.

Le médecin DIM et la secrétaire de l'information médicale sont identifiés pour assurer l'accès du patient à son dossier.

Au regard de ses besoins et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines.

Des formations et sensibilisations régulières sont organisées. L'accueil des nouveaux arrivants comprend une formation à l'utilisation du dossier patient informatisé et de la gestion documentaire.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources documentaires.

La documentation en rapport avec le dossier patient est prévue, intégrée au dispositif de gestion documentaire informatisé et à disposition des professionnels. Le processus dossier patient est formalisé. Les règles de tenue et de gestion du dossier patient sont définies et diffusées auprès des professionnels. Elles précisent la structuration du dossier patient, le droit d'accès au dossier, l'accès au dossier par le patient, les modalités d'accès des professionnels au dossier du patient, le dispositif d'évaluation de la tenue du dossier patient, la conservation des données, les règles d'archivage, les règles de destruction et le courrier de fin d'hospitalisation.

L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Cette organisation est décrite dans la procédure "modalités de communication du dossier patient".

Les modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues et formalisées : des sauvegardes du dossier patient informatisé sont réalisées toutes les 6 heures sur les postes informatiques des deux salles de soins de l'hospitalisation complète.

Des documents d'information et des outils d'aide à la gestion du dossier patient par les professionnels sont identifiés et disponibles : liste des documents administratifs, liste pour archivage, fiche mémo "navigation dossier", manuel utilisateur prescriptions, manuel utilisateur pharmacien, manuel utilisateur IDE, disponibles sur la page d'accueil du dossier patient informatisé.

Les professionnels sont alertés des nouveaux documents ou mises à jour.

Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier à travers la charte de la personne hospitalisée et le livret d'accueil du patient.

L'établissement a défini les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. Le parc informatique et le choix des logiciels répondent aux attentes des professionnels.

L'établissement a identifié et organisé un local destiné à l'archivage des dossiers patients papier.

La gestion des interfaces est organisée : entre les professionnels des différents secteurs d'activité (secrétaires médicales, personnel soignant, pharmacienne, assistante sociale, neuropsychologue, kinésithérapeutes, intervenants extérieurs, ...) et entre les secteurs d'activité (pharmacie, accueil, secrétariat, services de soins, laboratoire d'analyses médicales,...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des différents secteurs d'activité communique auprès de son équipe sur les objectifs de l'établissement pour la thématique "dossier patient", leur mise en œuvre et leur évolution. Il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur service.

Les professionnels sont également informés par le biais de la base documentaire informatisée et lors de réunions d'informations.

Ils sont encouragés à la déclaration des événements indésirables et font remonter aux pilotes les besoins d'évolution du logiciel dossier patient.

Par ailleurs, l'établissement s'assure de la conformité des pratiques en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier à travers le recueil des indicateurs IQSS de tenue du dossier patient et de sortie du patient, Hôpital Numérique, nombre de demandes d'accès au dossier par les patients, délai d'accès au dossier par le patient, d'indicateurs spécifiques à l'établissement (taux de courriers de sortie envoyés par messagerie sécurisée, taux de disponibilité des applications), la réalisation d'audits (traçabilité du recueil de la personne de confiance et de la personne de référence dans le dossier patient) et la réalisation de patients traceurs.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Conformément au plan de formation, douze professionnels (médecins, référent dossier patient informatisé, infirmière référente, infirmières, assistante sociale, ergothérapeute, responsable des kinésithérapeutes, neuro-psychologue et diététicienne) ont été formés en octobre 2016 à la nouvelle version V5 du dossier patient informatisé par l'éditeur du logiciel. Cette formation a été déclinée en novembre 2016 auprès de 56 infirmières et aides soignantes par le référent dossier patient informatisé. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à l'utilisation du dossier patient informatisé, du logiciel de gestion documentaire et au circuit du médicament, ce que confirme lors de l'investigation, une infirmière récemment embauchée.

Les ressources en documentation sur les règles de tenue et d'accès au dossier sont disponibles dans les secteurs d'activité. Tous les professionnels rencontrés témoignent d'un accès facile à cette documentation sur le logiciel de gestion documentaire. Un support de "secours" de la gestion documentaire en format papier, se trouve dans le bureau de la responsable qualité.

Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier à travers la charte de la personne hospitalisée et le livret d'accueil du patient. Ce dernier est systématiquement remis au patient par la secrétaire d'accueil dès son admission en hospitalisation complète ou lors de la visite du service avant admission en hôpital de jour. Le livret d'accueil est présenté et expliqué aux patients lors de réunions d'information bimensuelles.

Les ressources en matériels sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le dossier patient est entièrement informatisé. Le logiciel du dossier patient est accessible à distance par les médecins de la clinique. Le parc informatique (PC fixes, tablettes) répond aux besoins des équipes, le logiciel "dossier patient" permet de créer, tracer, archiver et accéder aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

En cas de panne informatique, deux postes informatiques situés dans les deux salles de soins de l'hospitalisation complète sont dédiés à la sauvegarde du logiciel dossier patient. Des sauvegardes du dossier patient sont réalisées toutes les 6 heures avec écrasement des informations précédentes. Des fichiers PDF concernant le séjour de chaque patient sont générés et triés par étage et par aile. Les fichiers récupérés regroupent pour chaque patient le plan de soins, les prescriptions, les transmissions ciblées et les observations médicales. Les dossiers patients peuvent alors être consultés et imprimés.

Un modèle de dossier patient papier est également disponible pour un fonctionnement en mode dégradé.

Le local d'archivage permet d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Les dossiers patients antérieurs à l'informatisation y sont archivés. Entre l'informatisation et le 1er décembre 2016, les dossiers patients bénéficient d'un double archivage papier et informatique. Depuis le 1er décembre 2016, l'archivage est uniquement informatique avec intégration de tous les éléments papier scannés. Ce local se trouve dans un bâtiment indépendant de l'établissement. Il est fermé à clé avec accès limité au médecin DIM et à deux secrétaires. Un cahier de traçabilité des mouvements entrées - sorties des dossiers médicaux du local d'archivage est mis en œuvre. Un extincteur à eau est disponible à l'entrée du local qui ne possède pas de détecteur de fumée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments de traçabilité essentiels à la continuité de la prise en charge du patient sont retrouvés dans les dossiers patients audités dans les services ou lors des patients traceurs : données administratives, fiche Trajectoire ou fiche d'admission scannée, courriers médicaux scannés, constantes, poids, autonomie, douleur, évaluation initiale du médecin et de l'infirmière (trame permettant le recueil des

antécédents, allergies, histoire de la maladie), risque suicidaire, retrait du traitement personnel, bilans initiaux des rééducateurs, projet de soins personnalisé avec analyse du bénéfice - risque et la traçabilité de l'accord du patient, prescriptions médicamenteuses, analyse pharmaceutique, administration, transmissions ciblées,...

Les résultats des examens biologiques, les comptes rendus d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées sont présents dans le dossier patient.

Les formulaires nécessitant la signature du patient comme le formulaire de recueil de la personne de confiance, sont scannés et intégrés en fin de séjour au dossier patient.

Les courriers de fin d'hospitalisation et les ordonnances de sortie, donnés au patient le jour de sa sortie, sont retrouvés dans les dossiers audités.

Les rééducateurs : kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthophonistes, diététicienne tracent leurs interventions et les partagent avec les équipes médicales et soignantes, de même pour la neuro-psychologue et l'assistante sociale dans la mesure de la confidentialité propre à ces fonctions. Un onglet "communication" permet aux professionnels de créer une alerte destinée à leurs collègues.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises, le jour de la sortie du patient, aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité, soit par messagerie sécurisée de santé, soit par un double papier du courrier de sortie remis au patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. La CDU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la traçabilité des actes dans le dossier patient sur la base d'outils identifiés : recueil des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (Tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels), recueil des indicateurs Hôpital Numérique, suivi des événements indésirables, audit ciblé sur la traçabilité du recueil de la personne de confiance et de la personne de référence dans le dossier patient (juillet 2015), audit du processus "dossier patient" organisé en juin 2017 selon le modèle PDCA de la HAS, méthode "patient traceur" (quatre patients traceurs réalisés en 2017), recueil des indicateurs : nombre de demandes d'accès au dossier par les patients et délais d'accès au dossier par le patient. Un suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus "dossier patient". Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement. Un bilan de la mise en œuvre du plan d'actions du processus "dossier patient" est réalisé.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations menées et du niveau d'atteinte des objectifs, des actions d'amélioration sont mises en œuvre, reprises dans le PAQSS institutionnel. Elles sont validées en comité de pilotage, en CME et en CDU. Les actions d'amélioration identifiées dans le compte qualité ont toutes été réalisées. De nombreuses mesures du compte qualité et du PAQSS ont été menées : formation et sensibilisation des professionnels à la nouvelle version du logiciel dossier patient, sensibilisation des professionnels à la traçabilité des troubles de la déglutition, des conclusions de l'examen initial, du PPS, du mode de vie dans la macro cible d'entrée, intégration dans le dossier patient informatisé des items "retrait du traitement personnel", "évaluation du risque suicidaire", création dans le dossier patient informatisé de l'onglet PPS, communication,...

Les résultats des évaluations et les actions conduites sont communiqués aux professionnels selon différentes modalités : affichage, réunions d'instances, réunions de personnel ou base documentaire informatisée. Les usagers sont informés des résultats par voie d'affichage et par diffusion dans le livret d'accueil du patient. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de la CDU des données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier, délais de transmission des dossiers aux patients, suivi des actions d'amélioration.

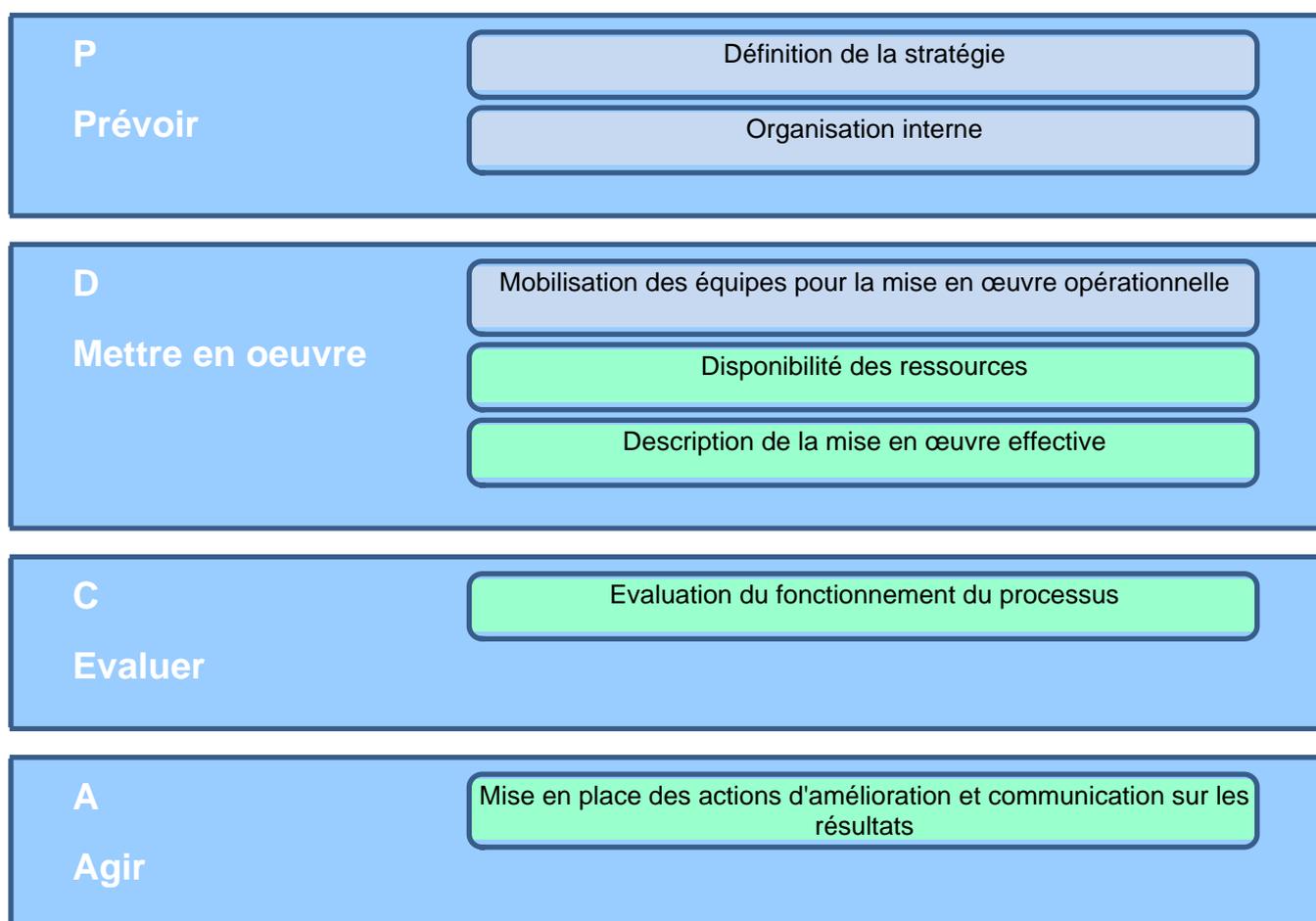
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique La Pinède a défini la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec des dispositions spécifiques pour la personne âgée dans son manuel qualité "management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse" d'avril 2015 et son projet d'établissement 2016-2021. Elle intègre l'informatisation du circuit du médicament, effective depuis 2010. Elle vise à diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable, garantir l'application de la règle des 5B, garantir l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse des patients, suivre les vigilances sanitaires, lutter contre la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé et garantir le bon usage des anti-infectieux. Cette politique a été actualisée en 2017 en intégrant la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux.

L'établissement a élaboré en groupe de travail pluriprofessionnel (pharmacien, médecin, infirmière référente et responsable qualité) une cartographie des risques sur toutes les étapes du processus "management de la prise en charge médicamenteuse". Cette identification des risques a été réalisée à partir des orientations nationales, de la réglementation en vigueur, de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses, CREX, résultats des audits et du suivi d'indicateurs.

A partir de cette cartographie des risques, l'établissement a identifié 15 risques majeurs, hiérarchisés selon la méthode HAS et intégrés au compte qualité.

L'analyse des risques a permis d'identifier des objectifs d'amélioration repris dans le plan d'actions du compte qualité. Les actions, responsabilités, délais et modalités de suivi sont définis. Ces actions prioritaires sont intégrées dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), élaboré et suivi par le Comité de Pilotage, validé par le COMEDIMS et la CME.

Ce PAQSS reprend de plus les actions d'améliorations issues de l'analyse des résultats d'audits réalisés, des fiches événements indésirables, des CREX, des EPP, des patients traceur et du COMEDIMS.

ORGANISATION INTERNE

La clinique La Pinède a défini une organisation pour piloter le processus «management de la prise en charge médicamenteuse ». La mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est confiée au COMEDIMS. La pharmacienne est nommée responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, également correspondant local de pharmacovigilance, pharmacodépendance, réactovigilance et matériovigilance (DMS et consommables). La pharmacienne et un médecin sont respectivement identifiés pilote et copilote du processus. Deux infirmières sont nommées référentes de la thématique. Ils s'assurent de la définition, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ce processus.

Leur rôle et leurs missions sont définies dans une fiche de missions du pilote de processus. Les missions de la pharmacienne sont décrites dans une fiche de fonction.

L'ensemble du circuit du médicament est informatisé. L'établissement assure la dispensation journalière individuelle nominative.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en effectifs et compétences, nécessaires au management de la prise en charge médicamenteuse. La pharmacienne (0.69 ETP) est secondée par deux préparatrices en pharmacie (1.37 ETP).

Les plans de formation prévoient des actions de formation et de sensibilisation des professionnels au management de la prise en charge médicamenteuse : à titre d'exemples "Simplifier le pilotage stratégique du circuit du médicament", "Médicaments, patients et situations à risque", "Conciliation médicamenteuse", "Sécurisation du circuit du médicament", "Préparation des piluliers", "Pharmacovigilance".

Les modalités d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant prévoient un temps de rencontre avec la pharmacienne avec présentation du circuit du médicament (administration des médicaments, transport, vérification du contenu des piluliers, présentation de l'armoire à piluliers du SAS de la pharmacie, traitements injectables, ...).

La continuité du traitement médicamenteux est organisée et formalisée de l'admission jusqu'à la permission ou la sortie du patient : gestion du traitement personnel du patient, conciliation médicamenteuse depuis mars 2017, continuité de la prise en charge médicamenteuse lors des permissions et de la sortie des patients.

En dehors des heures d'ouverture, l'accès à la pharmacie est interdit. Une procédure décrit les modalités d'accès aux produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Dans un premier temps, l'infirmière utilise en priorité les médicaments de la dotation hebdomadaire. En cas de besoin, l'infirmière ou le médecin utilise les médicaments de la dotation d'urgence, sous clé, située dans le SAS de la pharmacie. En dernier recours, ils téléphonent à la pharmacienne qui se déplace afin de palier à l'urgence médicamenteuse manquante. En ultime recours, une convention de dépannage est mise en place avec une clinique de Montauban.

Les procédures et outils nécessaires à l'organisation et au déploiement du processus sont définis,

formalisés et actualisés. Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé et sont à disposition des professionnels. En cas de besoin, le bureau de la RAQ dispose de classeurs qualité qui compilent l'ensemble des documents et procédures sur les bonnes pratiques.

Une procédure générale décrit l'informatisation du circuit du médicament. Elle précise toutes les étapes du processus : prescription, dispensation à délivrance nominative, administration et surveillance thérapeutique. Elle est complétée de nombreuses procédures : prescription médicamenteuse chez la personne âgée, identification et sécurisation des médicaments à risque, gestion des stupéfiants, gestion des périmés, gestion des médicaments dans les unités de soins, préparation des piluliers, conservation des médicaments au réfrigérateur, antibiothérapie de première intention, gestion du traitement personnel du patient,...

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels notamment le Vidal, le livret thérapeutique, la liste des médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées, le guide de l'antibiothérapie, l'utilisation des bouteilles à oxygène, la liste des génériques, les recommandations générales pour la prescription chez la personne âgée, la liste des équivalences médicamenteuses, les médicaments à haut risque "never events"...

Des supports d'information sont également mis à disposition des patients : gestion des traitements personnels des patients hospitalisés, mes médicaments à la clinique La Pinède, prise en charge des patients sous oxygénothérapie, ...

Les locaux de la PUI, les équipements et le matériel nécessaires au regard des risques et des besoins de l'établissement sont identifiés : PUI avec SAS (armoires à piluliers et dotation d'urgence), postes de cueillettes, coffre à toxiques scellé au mur, logiciel d'étiquetage des blisters de médicaments, réfrigérateur avec sonde électronique, postes informatiques ...

Les services de soins disposent d'une salle de soins fermée par un digicode, d'armoires fermées à clé, de coffres à toxiques sécurisés, de réfrigérateurs avec sonde électronique, de broyeurs de médicaments mécaniques, de chariots à médicaments fermés à clé, de postes informatiques, de tablettes, de chariots d'urgence, ...

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels des secteurs d'activité : Les interfaces avec les autres processus sont répertoriées dans la cartographie du processus "management de la prise en charge médicamenteuse" : parcours patient, système d'information, ressources humaines, ressources financières, logistique et maintenance, communication, hygiène, risque infectieux, biologie...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de terrain sont informés des enjeux de la thématique "management de la prise en charge médicamenteuse", des risques, objectifs et plans d'actions établis pour leur secteur par l'ensemble de la documentation accessible sur l'intranet. Des réunions d'information sont également organisées par la pharmacienne. Les membres du COMEDIMS assurent un relai oral auprès des autres professionnels. Les comptes-rendus de réunions du COMEDIMS sont accessibles aux équipes de terrain sur la gestion documentaire informatisée. Les professionnels rencontrés sur le terrain confirment une connaissance et une implication dans la démarche d'identification et de maîtrise des risques.

Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables liés au circuit du médicament, au recueil des erreurs médicamenteuses et à leur analyse collective en CREX. Elles participent également aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, au recueil des différents indicateurs et aux patients traceurs.

Les professionnels ont accès aux résultats de l'établissement sur la gestion documentaire informatisée et lors des réunions d'information organisées.

Les évaluations menées permettent la définition d'actions d'amélioration avec les professionnels. Elles contribuent à la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du circuit du médicament.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs des professionnels répondent aux exigences du management de la prise en charge médicamenteuse et sont retrouvés sur le terrain. Les formations prévues sont réalisées conformément aux plans de formation. Des sensibilisations aux bonnes pratiques en lien avec le circuit du médicament sont également menées : à titre d'exemple, sur la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, la liste des médicaments à risque et les actions de sécurisation, les indicateurs du processus, les risques identifiés et les actions d'amélioration, l'importance des déclarations d'événements indésirables, le circuit du médicament pour équipe de jour et équipe de nuit...

Les procédures concernant le circuit du médicament sont intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisé. Elles sont à disposition des professionnels et connues d'eux. Au cours de la visite, l'établissement a actualisé la procédure de pharmacovigilance validée en avril 2017 qui ne précisait pas la conduite à tenir en cas d'alerte descendante de pharmacovigilance en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. Cette procédure reprend la conduite à tenir connue et appliquée par les infirmières et la pharmacienne, initialement formalisée dans la version de novembre 2010.

Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de soins et à la PUI. Ils sont sécurisés. Les réfrigérateurs sont exclusivement dédiés au stockage des médicaments. Ils sont équipés de disques enregistreurs de température. Il existe un chariot d'urgence à chaque niveau de la clinique. Leur composition est identique. Le contrôle des périmés est réalisé à périodicité définie. Le logiciel du dossier patient est accessible à distance par les médecins de la clinique et la pharmacienne, ce qui facilite la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Le parc informatique et notamment la présence d'ordinateurs portables, permet l'accès à l'information, les prescriptions et la traçabilité de l'administration en temps réel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels connaissent et respectent les règles, procédures, protocoles, l'organisation établie et les circuits définis. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de la pré-admission jusqu'à la sortie, y compris en cas de permission ou de transfert.

La pharmacienne participe à l'étude des fiches d'admission avec le corps médical et l'infirmière référente tous les matins. Elle évalue et anticipe si besoin les besoins en médicaments.

Le traitement personnel du patient est pris en compte dès son admission. Ses médicaments personnels lui sont retirés. Ce retrait est systématiquement tracé dans le dossier patient informatisé. Le patient est informé de cette pratique dans le livret d'accueil. Le traitement personnel étiqueté est soit rendu à l'entourage, soit conservé dans une armoire fermée à clé dans la salle de soins fermée par un digicode.

La prescription médicale est informatisée, effective dès l'entrée. La prescription des stupéfiants respecte les spécifications afférentes. Les prescriptions de sortie, réalisées pour 10 jours, prennent en compte la réglementation et les recommandations de la HAS.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients, incluant le traitement personnel, est effectuée systématiquement par la pharmacienne. La traçabilité de son analyse et de ses observations éventuelles est effective dans le dossier patient informatisé. Les observations issues des patients traceurs confirment ces constats faits lors de l'audit de processus.

Si besoin, la pharmacienne met en œuvre une conciliation médicamenteuse proactive. Le document final (signé par la pharmacienne et le médecin concerné) est scanné en pièce jointe dans le dossier médical du patient concerné.

Deux modalités de délivrance sont mises en œuvre au sein de l'établissement : la dispensation journalière individuelle nominative et la délivrance globale pour les dispositifs médicaux, pansements, hygiène et médicaments hors comprimés.

Le transport des médicaments vers les unités de soins répond aux exigences suivantes : hygiène, contenant hermétique, respect de la chaîne du froid pour les thermosensibles, traçabilité, organisation de la réception en unité de soins. Les règles de stockage, tant à la PUI que dans les dotations, respectent les bonnes pratiques.

Le respect des règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments, du bionettoyage, la sécurisation des produits, notamment stupéfiants, ainsi que la chaîne du froid est assuré.

La sécurisation des médicaments à risque est effective avec la présence d'une étiquette rouge d'alerte au niveau de tous les lieux de stockage, l'identification des stylos d'insuline avec étiquette rouge d'alerte et les électrolytes concentrés stockés uniquement à la PUI et dans la dotation d'urgence.

La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel sur PC portable par l'ensemble des infirmières que ce soit en chambre ou en salle de repas. La surveillance thérapeutique du patient est réalisée. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est organisée. Dans le livret d'accueil du patient, l'établissement communique systématiquement un triptyque "Mes médicaments à la clinique La Pinède".

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectués avec les professionnels concernés. Le CREX est en place. En 2017, 3 CREX ont été organisés sur le circuit du médicament. Les événements analysés concernaient un médicament périmé, une rupture d'un médicament et une erreur d'administration. Un plan d'actions a été mis en œuvre avec les professionnels concernés.

La coordination des professionnels pour la prise en charge médicamenteuse du patient est effective, au moyen d'une communication quotidienne entre les infirmières et les professionnels de la pharmacie. Les interfaces sont opérationnelles entre le secteur et les autres secteurs d'activités, médico-techniques, techniques, logistiques, administratifs.

L'ensemble des actes et vérifications lié à la prise en charge médicamenteuse est tracé sur des supports adaptés : liste des prescripteurs habilités, check-list de vérification et d'entretien du chariot d'urgence, fiche de traçabilité des périmés, suivi journalier de la température du réfrigérateur, cahier de recueil des erreurs médicamenteuses...

La COMEDIMS se réunit comme le prévoit le planning prévisionnel, toutes les décisions sont tracées et sont diffusées via l'intranet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La pharmacienne, pilote de processus, assure l'évaluation et le suivi du management de la prise en charge médicamenteuse.

La thématique "management de la prise en charge médicamenteuse" est évaluée selon différentes modalités.

Quatre patients traceurs ont été réalisés.

Des évaluations régulières sont menées selon un programme d'audits annuels : audit de processus - audit de traçabilité du retrait du traitement personnel, de l'avis pharmaceutique et des prescriptions médicales hors livret thérapeutique.

Des CREX sont organisées.

Trois EPP sont menées : sécurisation du circuit du médicament, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et bon usage des antibiotiques.

La pharmacienne suit les indicateurs du compte qualité : taux de traçabilité du retrait du traitement personnel, nombre de dossiers conciliés, taux de prescriptions hors livret thérapeutique, taux d'avis pharmaceutiques émis, taux de malades d'Alzheimer avec prescription de neuroleptiques continue ou répétée, confirmée et argumentée, nombre de déclarations de pharmacovigilance, taux de piluliers conformes à la prescription, ...

Les résultats des différentes évaluations et les actions d'amélioration qui en découlent sont présentés en COMEDIMS, COPIL/QVIRIS et CME.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées dans le compte qualité ont été réalisées, une d'entre elles a été abandonnée car impossible à mettre en œuvre avec le logiciel dossier patient actuel (bloquer les prescriptions de stupéfiant à 28 jours).

De nombreuses actions du PAQSS ont également été menées : conciliation médicamenteuse, intégration de l'item « allergie » et « clairance de la créatinine » dans la check list d'entrée médicale du dossier patient informatisé modification du livret thérapeutique afin de disposer de dosages inférieurs concernant les benzodiazépines et les somnifères, actualisation des procédures, formations et sensibilisations des professionnels,...

La mise à jour du PAQSS est réalisée au fil de l'eau. Il est validé par les instances et est accessible aux professionnels.