HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

MAISON DE CONVALESCENCE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE

2 chemin du heron
35120 Baguer Morvan
JUILLET 2020

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

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX 16

DROITS DES PATIENTS 21

PARCOURS DU PATIENT 26

DOSSIER PATIENT 33

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT 37

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 apects 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 maitriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maitrisée 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 : *Sigle AP*	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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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 *Sigle P / D / C / A*	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : - 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 : *Sigle PT*	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 : - <u>Point sensible</u> : 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> : 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> : 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

MAISON DE CONVALESCENCE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	
Adresse Département / région	2 chemin du heron 35120 Baguer Morvan ILLE-ET-VILAINE / BRETAGNE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche

Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	220020739	HOSPITALITE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	29 rue charles cartel 22400 LAMBALLE
Etablissement de santé	350002911	MAISON DE CONVALESCENCE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	2 chemin du heron 35120 Baguer Morvan
Etablissement de santé	350051207	CENTRE LONG SEJOUR BAGUER MORVAN	2 chemin du heron 35120 BAGUER MORVAN

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SLD	SLD	30
SSR	SSR	30

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- CH de St Malo - CHL de Combourg - CHU de Rennes
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Création d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) en septembre 2016.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
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	Adultes	Hospitalisation complète	A définir	Programmée	Simple	SSR
2	Personnes âgées	Hospitalisation complète	Alzheimer	Programmée	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

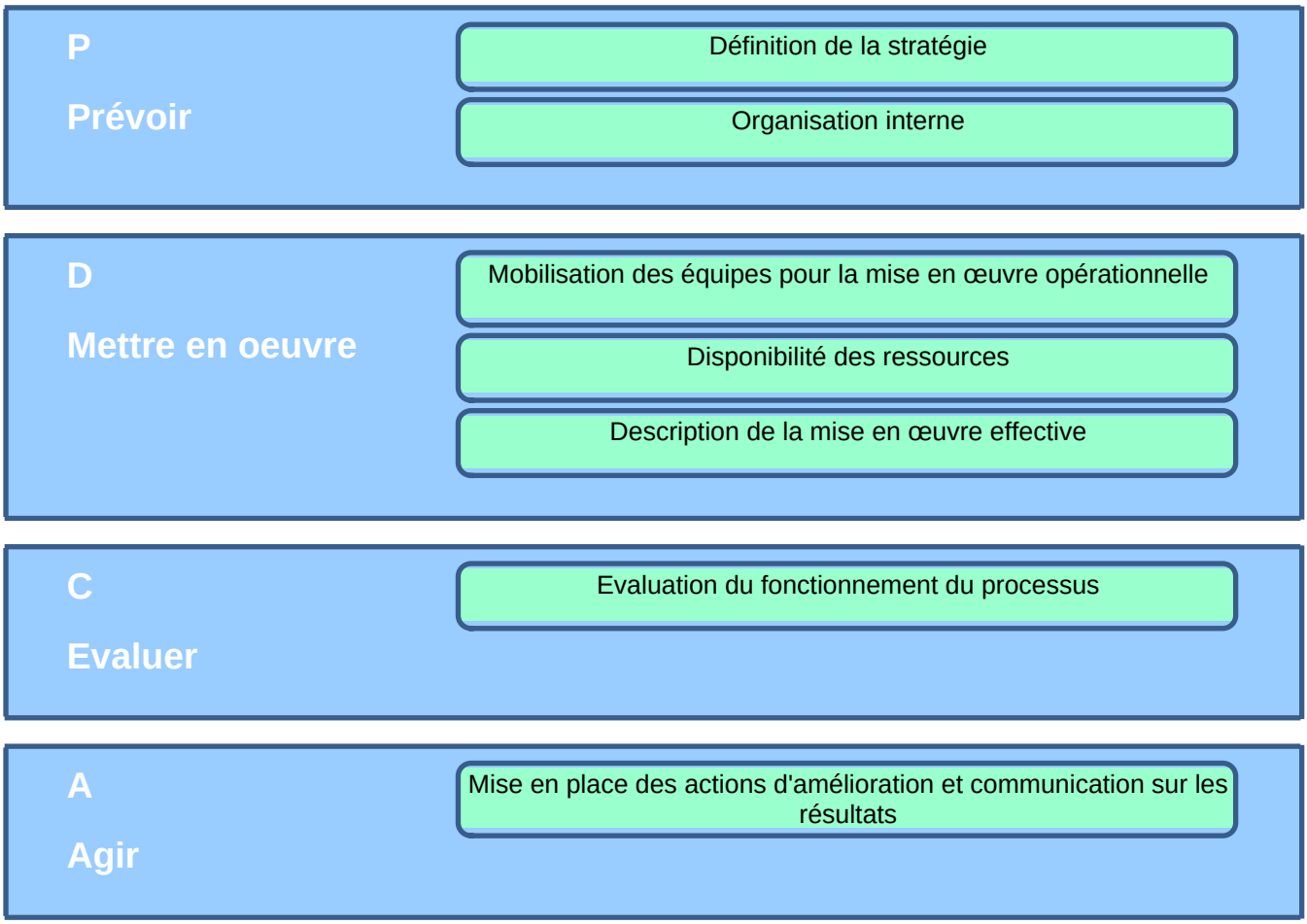
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'établissement de Baguer Morvan appartient au groupe l'Hospitalité St Thomas de Villeneuve qui comprend neuf établissements sanitaires et médico-sociaux à but non lucratif sur treize sites (11 en Bretagne et 2 en Provence). Ce groupe a été créé par la congrégation des sœurs hospitalières de St Thomas de Villeneuve en 2010, son siège se situe à Lamballe dans les Côtes d'Armor. L'activité du site de Baguer Morvan se compose de deux secteurs, l'un sanitaire comprenant 30 lits de SSR et 30 lits d'USLD et l'autre médico-social comprenant un EHPAD de 65 places dont 12 en unité protégée. La politique générale de management de la qualité et de la gestion des risques est décrite dans le projet d'établissement 2017/2021 (Politique Qualité et Gestion des Risques), celle-ci est intégrée dans les orientations stratégiques portées par le management et confirmée par l'engagement de la Direction figurant dans le Compte Qualité. Parmi ces orientations figurent notamment le développement des EPP, le respect des obligations légales et réglementaires et la gestion de crise. Cependant une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP n'est pas totalement en place. En effet l'outil de pilotage de l'établissement est présenté sous forme d'un tableau annuel qui intègre à la fois un programme d'audits et quelques actions intitulées EPP. Ce constat a été effectué lors de la communication des documents de procédure, une demande de présentation du tableau de bord des EPP décrivant l'état d'avancement de chaque EPP et le niveau atteint a été formulée à plusieurs reprises. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir le document demandé, démontrant ainsi sa maîtrise insuffisante de la méthodologie de la démarche EPP confirmée par les pilotes. Par ailleurs, lors des investigations menées sur les autres thématiques et notamment la gestion du risque infectieux, les pilotes ont présenté des documents intitulés audits qui se révélaient être des EPP inachevées. A la suite de nouveaux échanges, l'établissement a construit le document réclamé à compter de 2019 et a déjà intégré dans le PAQSS une action visant à améliorer et développer la démarche EPP en prévoyant dès 2020 une nouvelle formation sous l'égide du groupe HSTV relative à cette démarche et à la méthodologie à appliquer. Les éléments fournis par l'établissement démontrent que la maison de convalescence St Thomas de Villeneuve a identifié dans ses différentes activités (SSR, USLD) ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du Compte Qualité s'est concrétisée lors de la réalisation en 2015 des cartographies des risques en groupes de travail. Ces cartographies sont actualisées annuellement par les pilotes des processus et le service qualité puis validées par le Comité Qualité et Gestion des Risques. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, les experts-visiteurs ont pu constater la volonté de l'Institution de les associer à la vie de l'établissement. Ainsi une représentante des usagers assure la Présidence de la CDU et les deux représentants titulaires sont membres du Comité Qualité et Gestion des Risques. Ce constat transparaît dans les propos tenus par la représentante qui a confirmé leur implication effective dans la vie de l'établissement (projet des usagers, présidence de la CDU, participation à la préparation de la visite de certification en tant que membres de la CQGDR.). Le programme d'amélioration de la qualité/gestion des risques décrit, par processus, les actions d'amélioration retenues et s'articule avec le compte qualité. Les objectifs sont définis, les actions, les responsables des actions, les échéances et les modalités de suivi sont planifiées. La priorisation des actions est réalisée simultanément avec le compte qualité qui est validé par la commission médicale d'établissement (CME). Ainsi les investigations menées ont permis de constater que le plan d'actions élaboré et figurant au compte qualité a été totalement exécuté et l'impact de sa réalisation sera mesuré par l'établissement au cours des évaluations programmées cette année. La stratégie de communication mise en place dans l'établissement à travers différents canaux (création d'une lettre d'information bimestrielle « La Gazette », déploiement d'un nouveau logiciel de gestion documentaire, développement des formations internes, interventions régulières du responsable qualité à la fin des transmissions dans chaque service, affichages divers) favorise l'information régulière des professionnels et des usagers sur l'évolution de la démarche qualité.

ORGANISATION INTERNE
Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le Comité Qualité-Gestion des Risques composée de la Directrice, du Président de CME, de la Coordinatrice des soins (CGRAS), du pharmacien coordonnateur (RSMQPECM), des médecins, du Responsable Qualité, des représentants des usagers, du Directeur Qualité Groupe HSTV, de la psychologue et des responsables des différents services (soins, administration, cuisine, entretien sécurité, espaces verts) et des pilotes des thématiques. Ce Comité se réunit au minimum 3 fois par an et assure un pilotage global de la démarche, il coordonne et priorise les actions d'amélioration à travers le

Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins dont la mise en œuvre est assurée par la Coordination de la Gestion des Risques associés aux Soins. Ce programme validé par le CQGDR est présenté aux instances dont la CDU et fera l'objet d'une diffusion à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire au 1er trimestre 2020. L'établissement a désigné les pilotes (lettre de mission) en charge de chacun des processus, les rôles et les responsabilités sont identifiés.

Pour le processus MQGR, le pilotage est assuré au niveau stratégique par la Directrice, le Président de la CME et la Coordinatrice des Soins, cette dernière assurant également le niveau opérationnel avec le responsable Qualité et la pharmacienne Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse.

Le Projet Qualité et Gestion des risques du projet d'établissement 2017/2021 décrit les objectifs stratégiques et les priorités d'actions, l'organisation et la coordination de la démarche, son articulation avec les différentes instances, un schéma directeur illustre cette organisation et sa coordination.
Les besoins en formation des professionnels sont identifiés selon une méthodologie définie qui intègre les besoins identifiés par l'institution par le biais de l'encadrement lors des entretiens annuels de progrès et les besoins retenus exprimés par les professionnels lors du recensement annuel effectué par la Direction. Il existe une démarche institutionnelle d'intégration propre à l'établissement qui comporte notamment des thèmes liés à la Qualité et à la Gestion des Risques.
Le dispositif de gestion documentaire est structuré et les nouveaux embauchés sont systématiquement formés à son utilisation (doublure systématique de l'arrivant dans les services de soins). Il existe au sein du CQGDR une coordination des dispositifs de vigilance, veille sanitaire et de gestion des risques, cette coordination est également organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire (Coordination des Vigilances et des Risques). Le système d'information est structuré, une procédure dégradée en cas de panne est définie.

La gestion des alertes ascendantes et descendantes est assurée conjointement par les vigilants concernés (Matériovigilance, Pharmacovigilance…), le management de l'établissement et le service Qualité. Les procédures de gestion de crise et déclenchement de la cellule de crise sont prévues : Plan blanc, plan de sécurisation des locaux, plan canicule et sécurité incendie. Des exercices sont organisés assortis d'un retour d'expérience.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés sur les différentes thématiques et sur les objectifs de ces dernières déclinés dans le PAQSS. Cette sensibilisation repose sur les différentes actions mises en place d'une part (réunions de service, points qualité, formation professionnelle) et d'autre part sur le rôle de relais assuré par le management dans les services de soins (Coordinatrice des soins, infirmières coordinatrices, référents) et les autres secteurs (responsables de service).
Celui-ci assure le suivi des actions d'amélioration de son secteur, le niveau d'adhésion des équipes et procède à la vérification de la conformité des pratiques aux protocoles et modes opératoires en vigueur. Cette vérification porte notamment sur les points critiques identifiés lors de l'élaboration et de l'actualisation des cartographies des risques.
Dans le cadre de la gestion des risques à posteriori, les équipes participent à la déclaration des événements indésirables et au traitement des événements indésirables graves pour lesquels une analyse des causes profondes est systématiquement réalisée en groupe pluridisciplinaire (Comité de Retour d'Expérience) et des actions décidées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs mis en place dans les différents services sanitaires répondent aux besoins liés aux activités déployées et se révèlent adaptés aux risques liés à ces dernières. Les professionnels bénéficient de formations (plan de formation) et leurs besoins sont pris en compte. Les ressources documentaires sont accessibles et se révèlent, au regard des investigations menées dans les services, maîtrisés par les professionnels même en cas de fonctionnement en mode dégradé qui est protocolisé.

Les ressources matérielles mises à disposition des professionnels répondent aux besoins des services, l'outil informatique est maîtrisé et sa maintenance assurée en temps utile par le service de maintenance du groupe basé à St Laurent, des référents internes peuvent être sollicités par les professionnels en cas de difficulté sur l'application utilisée comme cela a pu être constaté au cours de la visite.

L'organisation mise en place et les mesures appliquées en cas d'absences imprévues de professionnels de services soignants permettent d'assurer la sécurité et la qualité des prises en charge. Le système d'astreintes médicales combiné avec le recours au 15 (samedi après-midi, dimanche, jour férié et nuit) garantit la continuité des soins et la sécurité des prises en charge, ce constat a été confirmé lors des rencontres effectuées avec les professionnels des deux services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les investigations menées auprès des différents services démontrent que les objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des secteurs d'activité et traduits dans des plans d'actions d'amélioration (audits des pratiques professionnelles, comités de retour d'expérience…). Les équipes sont régulièrement informées de la mise en œuvre de la politique globale de management de la qualité et de la sécurité et de son évolution par le biais des différentes actions (réunions de service, points qualité, dispositif d'intégration…) et des différents supports de communication déployés (gestion documentaire, la gazette, affichages divers…). Le management de l'établissement a mis en place une démarche d'évaluation des risques à priori opérationnelle, participative, pluridisciplinaire permettant leur identification, leur hiérarchisation et la détermination des modalités de leur traitement. Pour les risques à posteriori, le dispositif en place se révèle opérationnel et fait l'objet d'une appropriation satisfaisante des professionnels. Ils participent aux REX/CREX pour l'analyse des causes profondes et sont partie prenante des actions d'amélioration décidées. Des chartes d'incitation à la déclaration des EI et de non punitivité contribuent à la déclaration des événements indésirables par les professionnels. Dans tous les cas les déclarants sont informés des suites données à leur déclaration. Le bilan des événements indésirables est accessible par voie d'affichage dans les services. Bien que l'établissement n'ait reçu aucune plainte ou réclamation écrite ces dernières années et peu de réclamations orales (3 en 2019), celles-ci font l'objet d'un traitement qui associe les professionnels concernés, une présentation de leur analyse et de leur traitement est réalisée en CDU qui est associée à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité. Les documents assurant la traçabilité (FEI, questionnaires de satisfaction, CR CREX…) et constituant des éléments de preuve de bon fonctionnement des processus sont disponibles comme cela a été constaté lors des investigations de terrain.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Le processus Management de la Qualité et des Risques fait l'objet d'une évaluation annuelle (CQGDR) réalisée sur l'ensemble des données à disposition (tableau de bord des indicateurs) et des différentes évaluations menées. L'évaluation de la satisfaction des usagers associe leurs représentants membres de la CDU qui assurent le recueil de cette dernière lors de l'enquête ponctuelle de satisfaction menée à l'initiative de l'établissement. Les résultats de ces évaluations font l'objet d'une large diffusion en interne.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des évaluations conduisent l'établissement à procéder aux ajustements nécessaires par l'identification et la mise en place de nouvelles actions d'amélioration entraînant la révision du PAQSS soumise à la validation du Comité Qualité et Gestion des Risques (CQGDR). Cette révision fait ensuite l'objet d'une diffusion auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels et font l'objet conformément à la réglementation d'une information des usagers.

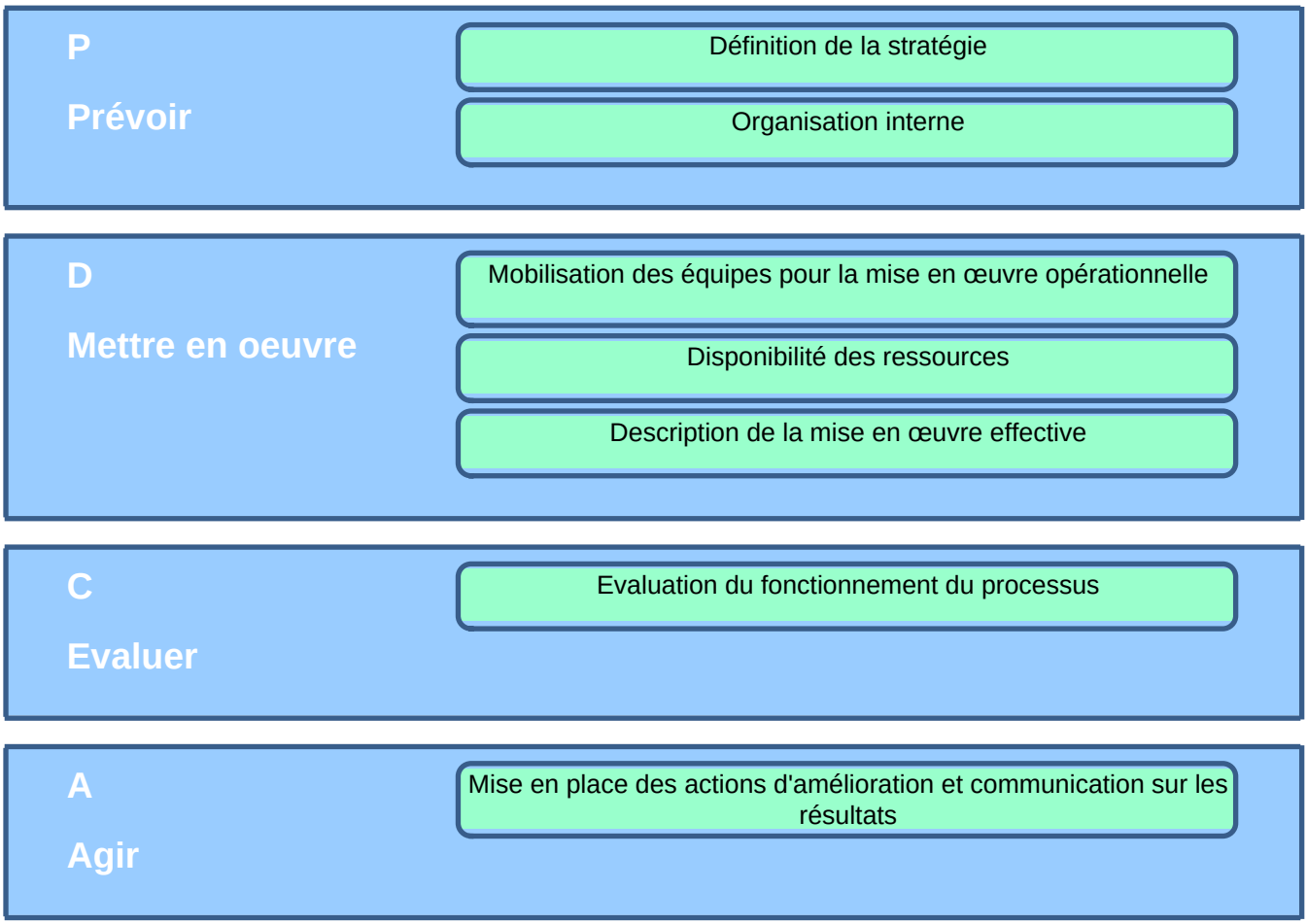
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance.
Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes.
Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La Maison de convalescence Saint Thomas de Villeneuve a mis en place une stratégie de surveillance, de prévention et de maitrise du risque infectieux. La politique de gestion du risque infectieux est inscrite dans le projet d'établissement (2017-2021), et la politique qualité et gestion des risques. Elle a été actualisée en janvier 2019 à l'arrivée de l'infirmière hygiéniste. La politique de prévention de maitrise du risque infectieux associé aux soins, découle des différents plans nationaux dont le PROPIAS (2018) et intègre la politique de bon usage des antibiotiques. Elle est validée par la CME (Commission Médicale d'Etablissement). Le CLIN (comité de lutte des infections nosocomiales) est une instance nouvelle crée en 2019. Il a remplacé le CLIN partagé avec l'hôpital de Combourg. Il est associé à la COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) et au Comité des Antiinfectieux (CAI). Il développe et structure la politique d'amélioration continue de la lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins (IAS), le bon usage des antibiotiques et la démarche qualité en continu dans le domaine de l'hygiène au sein de tous les secteurs d'activité de l'établissement. 5 engagements sont définis et déclinés en objectifs prioritaires : : - Surveillance : assurer la surveillance épidémiologique et la surveillance du risque épidémique - Prévention : prévenir les infections associées aux soins (IAS) - Évaluation : évaluer les actions de prévention, contribuer au recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins IQSS, participer aux enquêtes de prévalence - Formation : Former les professionnels et intégrer les référents hygiène pour l'organisation et la diffusion des procédures - Collaboration : Assurer la mise en œuvre du programme d'actions en concertation avec le comité qualité et gestion des risques (CQGDR) Cette stratégie sera réévaluée annuellement au regard du bilan d'activité du CLIN ce qui permettra d'actualiser les objectifs et plans d'actions pour l'année suivante. L'analyse des risques a été réalisée en équipe pluridisciplinaire qui a formalisé la cartographie des risques en 2019. Le compte qualité initié en 2015 a été totalement revu au regard de cette nouvelle cartographie des risques et les risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité. Ils sont déclinés sous 4 thématiques : Précautions standard et complémentaires, bon usage des antibiotiques, soin-matériel et risque épidémique et accident d'exposition au sang – surveillance et alerte. Tous les risques font l'objet d'un plan d'actions qui en précise les ressources et les modalités de suivi et intègrent le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage de la gestion du risque infectieux repose sur l'IDE hygiéniste (titulaire d'un DU hygiène, nouvellement recrutée en janvier 2019) et le président du CLIN également président de la CME. Il s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée du Responsable Qualité, de la Coordinatrice des soins nommée coordinatrice de la gestion des risques associée aux soins (CGRAS), des 2 infirmières coordinatrices (IDEC), de la pharmacienne et des référents hygiène de chaque service. Le laboratoire externe, le médecin infectiologue du CHU de Rennes et le service d'infectiologie de l'Hôpital de Saint Malo sont des ressources qui contribuent à la gestion du risque infectieux. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Compte tenu des missions définies pour le processus, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, formation, etc.…) nécessaires pour surveiller et prévenir le risque infectieux. Le plan de formation des professionnels est organisé annuellement au regard des résultats des audits et indicateurs internes en complément des formations régulières menées par l'IDE hygiéniste. Des formations destinées aux nouveaux arrivants sont prévues avec remise d'un livret spécifique. L'établissement s'est organisé pour promouvoir le bon usage des antibiotiques en lien avec la CAI dont le président est la pharmacienne. Il s'appuie sur le médecin infectiologue du CHU de Rennes, les médecins infectiologue de l'hôpital de Saint Malo et le président du CLIN. Une réunion du comité de lutte contre les maladies infectieuse est organisée 2 à 3 fois par an et réuni le président Du CLIN et de la CME, l'infectiologue du CHU de Rennes, le biologiste, la pharmacienne, l'IDE hygiéniste et les 2 IDEC. Une veille microbiologique est assurée par le président du CLIN et le pharmacien d'officine en lien direct avec le laboratoire afin d'assurer le suivi épidémiologique. (Détection du statut infectieux et alerte) Les formations des médecins sur le bon usage des antibiotiques et sur la réévaluation des antibiotiques à 48-72h, sont organisées par la pharmacienne et le président du CLIN qui a suivi une formation de plus d'un an à raison d'une journée par mois dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de Saint Malo. La réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie à 72h est organisée sur le dossier patient informatisé.

L'hygiène des locaux est organisée par une équipe d'agents de service intégrés aux équipes des 2 services.
Les formations au bio nettoyage, précautions standard et complémentaires, hygiène des mains sont organisées par l'IDE hygiéniste.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré et informatisé. Il intègre de nombreux documents, procédures et mode opératoires de surveillance et de prévention du risque infectieux.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins : équipement de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, matériels et produits de désinfection, unité mobile d'isolement, etc.
L'information au patient est organisée par le livret d'accueil pour l'information sur les infections associées aux soins et leurs déclarations.

L'implication de tous les acteurs dans le processus de maitrise du risque infectieux, (Équipe EOH, médecins, laboratoire, pharmacien) permettent aux différentes interfaces, l'articulation cohérente des missions et des compétences entre le dispositif de gestion du risque infectieux et les professionnels au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
La déclinaison de la stratégie institutionnelle en objectifs, plans d'action opérationnels de surveillance et de prévention est adaptée aux risques spécifiques de prise en charge des personnes âgées et fragiles. Cette déclinaison repose sur une concertation de tous les partenaires. L'équipe EOH assure l'accompagnement de la mise en œuvre des actions définies dans le programme d'action du CLIN. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations et formations régulières et la formation des référents. Sur le terrain, les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Le programme d'actions, les résultats des audits et indicateurs internes et nationaux sont diffusés aux professionnels par voie d'affichage, le journal interne « La Gazette » et l'intranet. Le management et l'équipe EOH s'assurent de la conformité des pratiques, notamment de l'application des procédures, protocoles et de la réglementation ou recommandations. Le circuit du signalement des IAS est organisé et l'écologie nosocomiale est identifiée notamment pour les BMR. Une procédure de « signalement des IAS et gestion des situation épidémiques » est formalisée et décrit les modalités et critères de déclaration. Des actions correctives et d'amélioration sont mises en place en cas de non-conformité, dysfonctionnements, alertes, baisse des résultats des indicateurs nationaux ou internes. Les résultats sont communiqués aux équipes par l'encadrement lors des réunions de services ou lors des points réguliers au moment des transmissions inter équipe.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences (effectifs, formations) sont disponibles dans les secteurs d'activités pour assurer la surveillance et la prévention du risque infectieux. Le maintien des compétences est assuré pour l'équipe EOH. L'IDE hygiéniste et le Président du CLIN participent au Réseau des hygiénistes du CPIAS de Bretagne où le partage d'expérience est développé. Une IDE hygiéniste du groupe HSTV (hôpital Saint Laurent) est venue en renfort pour assurer les formations aux professionnels : Formations au bio nettoyage des locaux en établissement de santé, précautions standards et complémentaires, circuit du linge et des déchets, technique hygiène des mains … Un livret à l'attention des professionnels référents a été formalisé pour les aider dans leur mission : « Je suis correspondant hygiène pour le lutte contre les infections nosocomiales » et un livret pour tous les professionnels : « Hygiène : ce qu'il faut savoir ». Des supports d'information des patients (affiches, plaquettes, flyers sur le lavage des mains, précautions à suivre en cas de portage de BMR et de mise en place de précautions complémentaires en cas d'épidémie…) sont mis à leur disposition par affichage dans les locaux d'accueil et les ascenseurs. La surveillance environnementale (gestion de l'air et de l'eau) est réalisée par un prestataire externe tous les 2 mois. Pour l'antibiothérapie, le médecin président du CLIN formé aux antiinfectieux, la présence du médecin infectiologue du CHU de Rennes aux réunions et l'accès aux infectiologues de l'hôpital de Saint Malo facilitent le recours aux conseils pour les prescripteurs. Le « guide antibiotique » et la procédure de prescription des antibiotiques de première intention au regard de chaque type d'infection sont à disposition dans l'intranet pour les praticiens ce qui permet d'optimiser les prescriptions d'antibiotiques. Les ressources en matériel sont disponibles et adaptées aux différentes spécificités. Ils font l'objet d'un

plan de suivi et de maintenance. Les dispositifs permettant l'isolement des patients en cas de BMR ou d'épidémie saisonnière sont opérationnels (chambres seules, unité mobile d'isolement). Les équipements nécessaires à l'entretien des locaux et au bio nettoyage sont disponibles et fonctionnels.

La documentation accessible via l'intranet, est actualisée.
L'informatisation du dossier patient et des prescriptions est effective dans tous les services, facilitant la bonne gestion des antibiotiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue pour la maitrise du risque infectieux, notamment par l'implication des membres de l'EOH.
La campagne de vaccination anti grippale est effective : les patients sont vaccinés contre la grippe après information et consentement partagé par les patients et ou leurs proches et 70% des professionnels ont été vaccinés en 2019.

La traçabilité pour les différents items du risque infectieux est réalisée et partagée. Le suivi est effectif par le laboratoire de bactériologie et par le médecin du CLIN pour la mise en œuvre des bonnes pratiques et par la pharmacienne pour la consommation des antibiotiques.
La réévaluation de l'antibiothérapie, systématiquement réalisée à la 72ème est tracée. L'antibiothérapie contrôlée est assurée. Le guide de bon usage des antibiotiques à l'usage des prescripteurs est disponible (sur le site intranet) au moment de la prescription (vu lors des visites terrain). Toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours fait l'objet d'une argumentation dans le dossier patient. La validation pharmaceutique est assurée par le pharmacien de l'officine externe, et par la pharmacienne ou le président du CLIN pour les antibiotiques à usage hospitalier.

La surveillance bactériologique est assurée par le CLIN et le médecin biologiste du laboratoire externe. Une attention particulière pour les infections à « clostridium difficile » est mise en place : procédure formalisée sur la conduite à tenir, information par le laboratoire externe dans les 2h pour la mise en œuvre des précautions complémentaires et éviter la contamination.
La conduite à tenir en cas de déclaration de BMR est connue des professionnels. La notion de présence de BMR est tracée de manière visible dans le dossier du patient informatisé et reste disponible lors d'une éventuelle hospitalisation ultérieure. Lors de la détection d'une BMR dans un prélèvement à visée diagnostique ou de dépistage, le responsable du laboratoire prestataire, contacte directement le service de soins. Le médecin présent est immédiatement prévenu. Le médecin informe le patient et l'IDE met en place les précautions spécifiques à la prescription. L'IDE explique au patient et lui donne le document « vous êtes porteur d'une Bactérie Multi résistante aux antibiotiques »

Une procédure sur la conduite à tenir en cas d'épidémie saisonnière (grippe, gastroentérite et gale) est à disposition des professionnels et connues.
Des affichages sont mis en place dans tout l'établissement sur les conduites à tenir pour éviter les épidémies.

Les ressources en matériel sont disponibles et adaptées aux différentes spécificités.
La traçabilité de l'entretien des locaux est effective. Les circuits « propre – sale » sont respectés. La gestion et le tri des déchets sont assurés selon les recommandations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'équipe EOH assure des évaluations périodiques de la gestion du risque infectieux pour exploiter et identifier les actions correctives. Ces évaluations sont réalisées par le suivi régulier :
- D'indicateurs internes : nombre de formation en hygiène, nombre d'IAS déclarés et analysés, réévaluation de l'antibiothérapie à 72h, prescriptions d'ATB conformes au guide, surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières pour 1000 journées…
- Des indicateurs nationaux
- Des nombreux audits réalisés par l'EOH : audits précautions standards et complémentaires, audit de connaissance de port des gants, hygiène des mains, hygiène des locaux, utilisation de l'auto laveuse.

2 EPP intitulées audit ont été initiées : PEC des infections urinaires en SSR et USLD (étape 2) et pertinence de la durée des antibiotiques commencée en 2019 (étape 3).

L'équipe EOH assure également des enquêtes de prévalence des infections traitées par antibiothérapie et participe à la surveillance en réseau du taux de BMR (CONSORES).
La fréquence et régularité des évaluations permet le réajustement régulier des actions d'amélioration.
Le suivi des indicateurs et des résultats est réalisé par le CLIN, et sont intégrés dans le tableau de bord global des indicateurs de l'établissement.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
L'efficacité des actions est évaluée par le suivi des indicateurs et conduit à réajuster les plans d'actions et à fixer de nouveaux objectifs. Pour exemple : Au regard des résultats de l'indicateur ICSHA 3 classé en C en 2018, une campagne de sensibilisation pour promouvoir le lavage des mains par la solution hydro alcoolique (SHA) a été menée auprès de tous les professionnels par l'EOH, des distributeurs de SHA installés à tous les points stratégiques dans les services et dans les couloirs de circulation, les référents hygiène missionnés sur la gestion les commandes du SHA pour les impliquer dans la démarche de déploiement de l'utilisation du SHA. Le bilan d'activité annuel du CLIN prévoit les nouveaux audits à réaliser et fixe les objectifs et plan d'actions pour l'année à venir. Les actions d'amélioration mises en œuvre et prévues sont articulées avec le PAQSS, notamment la mise en place et le suivi des actions correctives liées aux risques prioritaires. La diffusion des résultats est assurée en interne auprès des professionnels : aux professionnels, aux médecins, en CME, au CLIN et en commission des usagers (CDU). Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés pour les usagers.

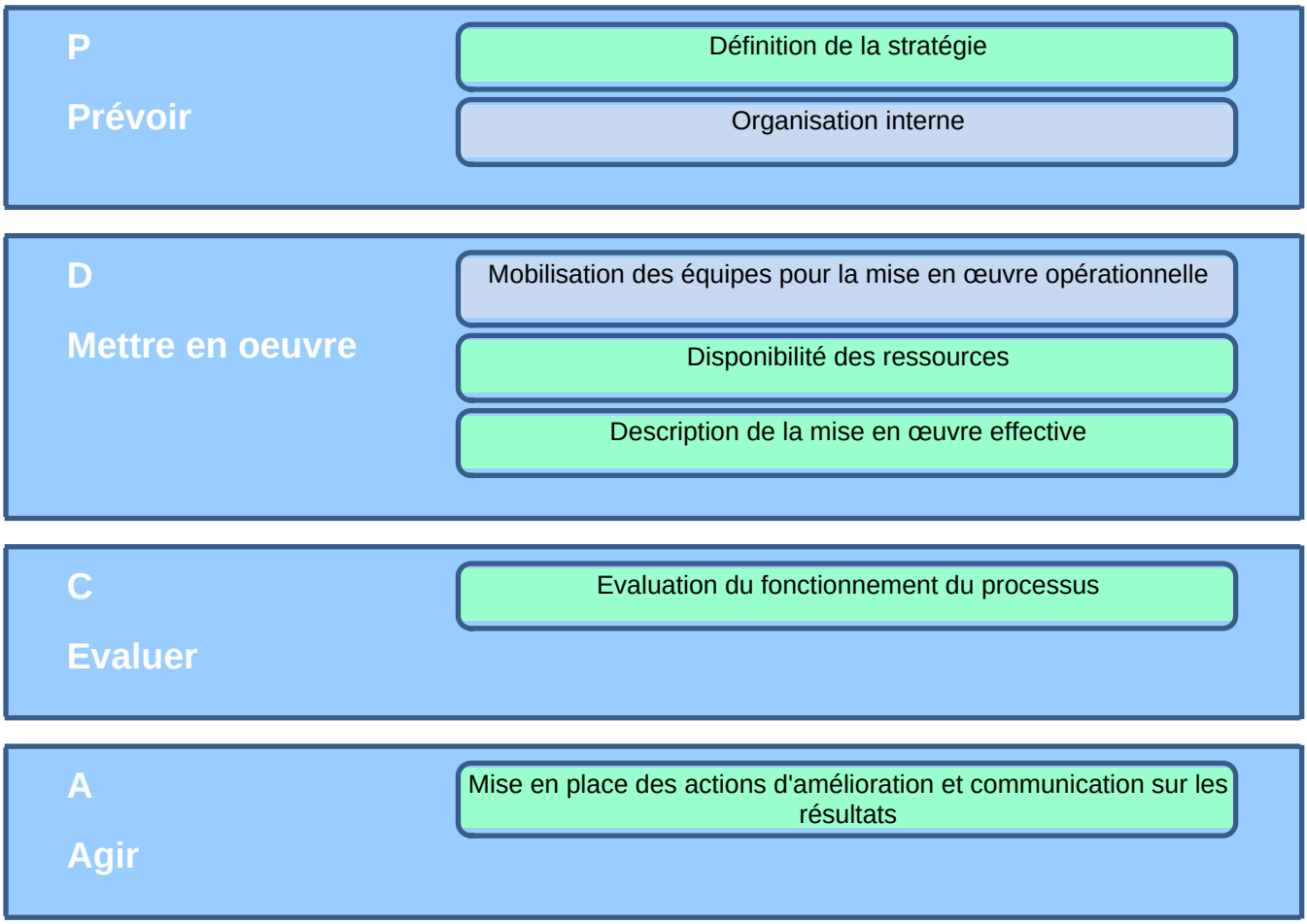
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le respect des droits des patients et la promotion de la bientraitance sont inscrits dans le « Projet d'établissement 2017-2021 » et notamment dans son volet intitulé « Projet Qualité Gestion des Risques ». Le document « Politique Droits des Usagers et Promotion de la Bientraitance » et le rapport annuel 2018 de la Commission des Usagers confirment la volonté de l'établissement de conférer à ces deux objectifs une place majeure au sein des orientations stratégiques retenues illustrant ainsi l'application des valeurs portées par la Congrégation depuis plus de 350 ans : Hospitalité, Respect, Dignité, Bientraitance. Un projet des usagers est également formalisé par un groupe de travail rassemblant les représentants des usagers, la Direction et la Direction Qualité. Il porte sur l'expression des usagers dont 3 axes principaux y sont déclinés : - Développer le recueil de l'expression du patient et du résident - Améliorer la prestation restauration - Garantir l'hygiène des locaux Les objectifs d'amélioration sont déclinés dans un programme d'actions systématiquement assorties d'un responsable et d'une échéance. Les risques propres à l'établissement concernant cette thématique ont été identifiés par un groupe de travail pluridisciplinaire lors de l'élaboration en 2015 des cartographies par processus. L'actualisation de ces dernières est réalisée périodiquement par les pilotes et le service Qualité puis validée par le CQGDR et présentée aux instances décisionnaires notamment la Commission des Usagers pour ce processus. La cartographie des risques réalisée et actualisée constitue un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance et répond aux attentes de la Haute Autorité de Santé dans ce domaine. Lors de l'audit de processus, les échanges sur ce sujet ont permis à l'établissement d'apprécier la pertinence de l'utilisation de l'outil « Regards croisés sur la bientraitance » et d'envisager sa mise en place prochaine afin de mieux cerner les leviers et faiblesses de l'approche du concept bientraitance et de définir et prioriser de nouvelles actions opérationnelles en faveur de la bientraitance. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie à partir des données externes et internes (synthèse des EI et des réclamations, audits, analyse des questionnaires de satisfaction...). La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont identifiées dans les axes stratégiques arrêtés. Le compte qualité a identifié sur cette thématique deux risques à surveiller. Pour le premier risque, il a été prévu avec une échéance fixée à mars 2020 de faire participer le patient et/ou son entourage à l'élaboration du dit projet en poursuivant et développant la sensibilisation des professionnels à cette problématique, et pour le second risque de protocoliser pour décembre 2019 le dépistage des fausses routes et des troubles de la déglutition, ce qui a effectivement été réalisé.
ORGANISATION INTERNE
Une organisation est mise en place et le pilotage identifié pour mettre en œuvre la stratégie de l'établissement. Il convient de souligner que ce pilotage est assuré conjointement par la Présidente de la Commission des Usagers, Représentante titulaire des usagers et la Directrice de l'Établissement. Cette situation démontre l'implication effective des usagers dans le fonctionnement de l'établissement et illustre la volonté de l'institution de les associer aux décisions. Les rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la politique concernant les droits des patients sont identifiés. Le respect des libertés individuelles constitue une préoccupation majeure de la structure identifiée dans l'organisation de la prise en charge et des soins prodigués notamment à travers les supports d'information remis au patient, le recueil rigoureux de sa volonté et sa prise en compte (bénéfice-risque, consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées.). Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients sont identifiées et formalisées (partage d'informations, secret professionnel, …). Au regard des risques retenus, l'établissement dispose des compétences nécessaires et d'une politique de sensibilisation interne déclinée par les responsables de l'encadrement (Coordinatrice des soins, Infirmières coordinatrice, référents…) et par le service Qualité lors d'interventions spécifiques auprès des services (à la fin des transmissions pour les services soignants) sur des thématiques arrêtées comme le droit des patients. Le plan de formation institutionnel prévoit chaque année des actions de formation liées à la thématique "Droits des Patients" à l'intention d'un public pluri-professionnel (bientraitance, prise en charge de la

douleur…).
L'information des patients sur leur droits et les missions de la commission des usagers sont organisées par le biais du livret d'accueil qui fait l'objet d'une présentation par les professionnels (AS) lors de l'entrée du patient dans les services.

La gestion des plaintes et réclamations, les modalités d'accès au dossier médical ainsi que le signalement des événements indésirables sont organisées.
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies, protocolisées et diffusées.

Les ressources documentaires concernant les modalités d'enregistrement du recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins, sont à disposition des professionnels.
Les modalités d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont définies et diffusées, une nouvelle formation dans ce domaine est programmée pour 2020 (Médecin).
Les locaux de l'établissement, les équipements et la signalisation sont adaptés pour répondre aux besoins et attentes des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La forte acculturation des professionnels sur le thème des droits des patients a été remarquée par les experts-visiteurs au cours de la visite.
La mobilisation des équipes et la mise en œuvre des orientations liées à la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et au respect des droits des patients ont été constatées lors des rencontres effectuées dans les différents services.
L'appropriation des objectifs retenus sur cette thématique constitue une réalité pour le management et l'encadrement qui se manifestent par leur implication quotidienne et sont des relais qui garantissent la mobilisation des équipes.
Des actions de sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance sont menées régulièrement par la Coordinatrice des Soins.
L'encadrement soignant s'assure régulièrement de la conformité des pratiques et fait preuve de vigilance concernant ce sujet.
En cas de non-maîtrise des pratiques constatée ou de non-atteinte des objectifs arrêtés, l'encadrement entreprend systématiquement une recherche active d'amélioration (accompagnement individualisé, formation professionnelle..) entrainant une réflexion sur les organisations et les pratiques quotidiennes.
Les équipes ont accès aux résultats des évaluations sur la thématique concernée. Les projets de prise en charge des patients prennent en compte les conditions visant à préserver les libertés individuelles.

Des temps d'échanges collectifs et pluridisciplinaires sont institués afin de permettre une réelle concertation de l'équipe médico-soignante autour des situations des patients et des problématiques rencontrées (consentement, réflexion bénéfice-risque, restriction de liberté, éducation thérapeutique, prise en charge de la douleur….).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences mises à disposition sont en adéquation avec les besoins nécessaires pour assurer le respect des droits des patients et la mise en œuvre des actions retenues.
La politique institutionnelle de formation menée au sein de l'établissement intègre chaque année dans le plan de formation des actions sur le thème de la bientraitance permettant de sensibiliser l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients/résidents et de maintenir chez les professionnels la vigilance nécessaire dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes.

Les locaux sont, dans leur globalité, conformes et adaptés. Les chambres doubles, en nombre limité dans l'établissement, sont toutes équipées de rideaux permettant une séparation efficace entre les patients, garantissant, par le biais d'une organisation des soins adaptés, le respect de sa dignité et de son intimité.
La gestion documentaire informatisée permet aux professionnels d'accéder facilement et rapidement aux protocoles et informations diverses que recouvrent cette thématique.
Le livret d'accueil remis à l'arrivée du patient et les explications données permettent l'information de ce dernier sur ses droits et les missions de la Commission des Usagers.

Des dispositions spécifiques souhaitées par l'établissement et des ressources matérielles conséquentes favorisent l'accueil des proches quand les conditions le nécessitent témoignant de la volonté de l'institution et des équipes de faciliter l'accompagnement des patients.
Afin d'accompagner les patients en fin de vie, une chambre est mise à disposition des proches pour qu'ils puissent rester près du patient à toute heure de la journée et de la nuit.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients constituent une réalité au sein des différents services comme l'ont démontré les investigations menées sur le terrain.
Les rencontres avec les professionnels des unités de soins et les conclusions issues des différents patients traceurs réalisés démontrent la réelle implication des équipes dans les enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations de l'établissement.
Cette mobilisation se concrétise sur le terrain par la vigilance de l'ensemble des professionnels pour garantir dans leur activité quotidienne le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, l'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage, la recherche systématique de la participation du patient ou de son entourage dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet de soins, le recueil continu de la volonté du patient (personne de confiance, directives anticipées, consentement éclairé, refus de soin, …).
Cette vigilance s'exerce également dans les domaines relatifs à la prise en charge de la douleur, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, l'accès à son dossier, ses conditions d'hébergement afin d'assurer le respect de sa dignité et de son intimité et la participation des professionnels à l'évaluation des mesures de restriction de liberté mises éventuellement en place après une réflexion concertée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Les modalités d'évaluation du processus "Droits des Patients" sont structurées et opérationnelles. Il existe une évaluation périodique du respect des droits des patients, assurée par la structure de pilotage. Des indicateurs internes sont mis en place, suivis et diffusés (nombre de professionnels formés aux droits des patients, taux de satisfaction des patients concernant la remise du livret d'accueil…). Un bilan annuel est présenté aux instances dont la CDU. Le rapport de cette instance est également élaboré annuellement, diffusé et transmis à la tutelle.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats d'évaluation donnent lieu à la mise en place d'actions d'amélioration qui sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins après validation par le CQGDR. Un réajustement au moins annuel est réalisé par le CQGDR incluant les représentants des usagers (membres du comité). Des supports et modalités de diffusion sur les résultats des indicateurs, des audits, des patients traceurs et des EI mensuels sont menés auprès des professionnels et des usagers (affichage dans les services et à l'accueil de l'établissement, journal interne « La Gazette »). Les usagers sont également informés de par leur implication dans les différents groupes de travail et lors des réunions de la CDU. Des points d'informations sont réalisés auprès des professionnels lors des transmissions inter-équipe où les intervenants extérieurs leur transmettent les résultats des évaluations et les plans d'actions envisagés (pharmacienne, responsable qualité, coordinatrice des soins…). Les instances jouent également un rôle important auprès de leurs membres pour la communication des résultats. Le bilan d'activité annuel de la CDU est réalisé et communiqué à l'ARS.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

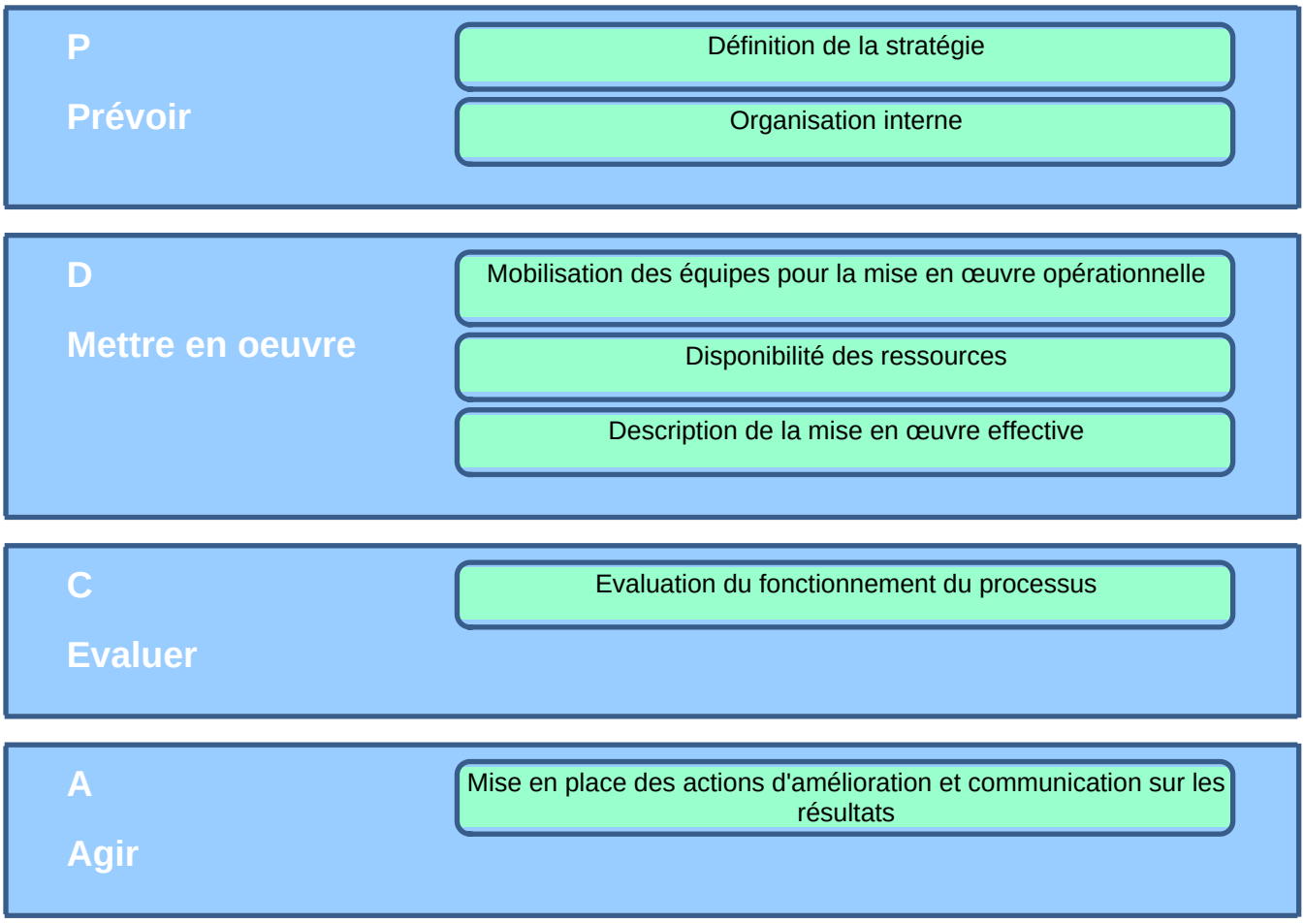
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficience des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La Maison de Convalescence Saint Thomas de Villeneuve situé à Baguer Morvan, est une structure de proximité, qui a pour vocation la prise en charge de la personne âgée. Elle fait partie du Groupe Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV) composé de 9 établissements sanitaires et médico sociaux. Elle est partenaire du GHT Rance Emeraude. L'établissement dispose des activités suivantes : 30 lits de SSR polyvalent, 30 lits d'USLD et un EHPAD de 65 places. L'établissement s'inscrit dans le Territoire de santé N°6 de Saint MALO-DINAN, qui se caractérise par une population plus âgée et vieillissante qu'au niveau régional. Le parcours patient est un élément clé de la stratégie de l'établissement et les besoins de la population sont pris en compte en conformité avec les autorisations d'activité dont il dispose. Les orientations stratégiques se retrouvent dans le projet d'établissement 2017-2021 défini à partir du CPOM 2019-2023 et du projet territoire de Bretagne dont la population vieillissante a conduit l'établissement à modifier son projet pour une ouverture de 30 lits d'USLD prévue initialement pour une extension capacitaire du SSR. La répartition des 3 activités (SSR- USLD- EHPAD) sur le même site présente un atout majeur pour la personne âgée avec un parcours bien identifié et mis en œuvre pour que la personne se trouve au « bon endroit, au bon moment ». Les orientations stratégiques du projet d'établissement s'inscrivent dans 3 axes au travers d'une valeur commune au groupe HSTV : « Faire fleurir l'hospitalité » avec une attention toute particulière aux personnes âgées, vulnérables et en situation de handicap : Rendre visible et efficiente la réponse aux besoins médicaux dans le cadre de la filière gériatrique et optimiser la qualité des soins gériatriques tout au long du parcours patient-résident. Elle vise à promouvoir et à organiser la prise en charge du patient en contribuant à améliorer la qualité et la sécurité ainsi qu'à améliorer l'efficience des soins. Elle détermine l'offre de soins de qualité centrés sur les besoins spécifiques des patients et des résidents avec leur environnement et une prise en charge complémentaire et coordonnée des spécificités. L'établissement a structuré et formalisé des liens avec les acteurs extérieurs en développant les interfaces avec les professionnels de ville et mis en place des conventions avec les Hôpitaux environnant : Saint Malo et Combourg. Les objectifs stratégiques relatifs aux parcours patients sont formalisés et déclinés en cartographie de processus (construite sur la base du référentiel HAS) pour ses différentes activités qui a donné lieu à la formalisation d'une cartographie des risques incluant les points critiques du parcours patients sur la base des résultats de la certification V2014 (2016), des patients traceurs, des résultats des indicateurs nationaux, des audits internes et des évènements indésirables. La mise à jour du compte qualité initié lors de la première visite V2014 a permis de maintenir 3 risques résiduels à surveiller et/ou d'identifier de nouveaux risques prioritaires : Confusion entre personne de confiance et personne à prévenir, risque de chute et actions thérapeutiques non formalisées. Pour chaque risque identifié, des mesures de traitement et de réduction sont formalisées qui en précise les ressources et les modalités de suivi. Le programme d'amélioration est présenté annuellement aux instances de l'établissement CME et CDU et est articulé au programme global d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) défini annuellement au sein de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE
Le management du parcours patient est piloté par un comité de pilotage composé de la Directrice, du Président de CME et de la Coordinatrice des soins associé à un comité de pilotage opérationnel composé de la Coordinatrice des soins, des 2 infirmières coordinatrices (IDEC) et de groupes de travail. Ces groupes ont mobilisé des représentants pluri professionnels des différents secteurs d'activité et les représentants des usagers. Le pilotage s'appuie sur Le Comité Qualité et Gestion des Risques (CQGDR) qui assure l'aide méthodologique, l'agrégation des actions prévues dans le CQ et PAQSS et leur suivi. Les rôles et responsabilités des pilotes sont formalisés dans une fiche de mission générale « Pilote de processus ». Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoie les ressources humaines nécessaires à leurs activités. Des instances thématiques concourant à la qualité et à la sécurité du parcours patient existent en coopération avec le CH local de Combourg : CLUD, CLAN … Des professionnels référents sont identifiés et formés en rapport aux thématiques du parcours patient : 1 IDE titulaire du DU douleur, 3 IDE pour l'éducation thérapeutique, 3 IDE formées aux plaies et cicatrisation, 1AS et 1 agent membre de la commission de restauration. Une organisation est mise en place pour permettre à ces professionnels ressources d'assurer pleinement leurs missions de pilotes ou référents par le détachement une journée par mois de leur service d'activité.

La permanence médicale, la continuité des soins, les systèmes d'astreintes sont définis.
Une politique de gestion de l'absentéisme est organisée pour assurer la continuité des soins. Une procédure défini la continuité médicale pour la nuit et les week-end.

Une organisation est mise en place permettant l'adéquation des ressources en compétences et la qualification aux besoins des prises en charge spécifiques. Des ressources spécialisées à certains aspects du parcours patient sont en place : diététicienne, psychologue, kinésithérapeutes, éducateur en activités physiques adaptées, ergothérapeute, animatrice, assistante sociale, aide kinésithérapeute pour maintenir l'autonomie des patients et une équipe mobile de soins palliatif de l'hôpital de Saint Malo …

Le programme de formation continue destiné aux équipes soignantes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement et sur la base de formations prioritaires institutionnelles et réglementaires (accueil du patient et écoute du patient, risque suicidaire, prise en charge de la douleur, prise en charge de la personne dépendante, simulation au vieillissement, prise en charge de l'urgence vitale …).
Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est organisé et formalisé par un livret d'accueil.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance) sont prévues et organisées. Les équipements informatiques répondent aux besoins et attentes des professionnels et permettent le déploiement complet du dossier informatisé.
Le système documentaire est structuré via l'intranet et intègre les procédures et modes opératoires en lien avec le parcours patient et les prises en charge spécifiques.
Cependant, les professionnels n'ont pas à disposition certains documents qui concernent la prise en charge des escarres. Lorsqu'un patient présente une escarre, l'aide soignante prévient l'IDE qui met en place des actions de soins et/ou prévention au regard de ses "propres" connaissances car les protocoles sur la prise en charge des escarres à tous les stades ne sont pas diffusés dans la GED. Cette absence de mise à disposition des protocoles peut générer des pratiques professionnelles divergentes en fonction des différentes IDE qui prennent en charge le patient. Situation vue lors du patient traceur : soins différents selon la présence des IDE.
L'établissement n'a pas identifié de risque sur cette prise en charge dans sa cartographie des risques. Néanmoins, 3 IDE sont formées sur le thème plaies et cicatrisation et la culture de la prise en charge de l'état cutané est ancrée dans les pratiques professionnelles. L'établissement a pris en compte le constat et s'engage à travailler avec les médecins et les IDE formés à la mise à jour et la diffusion des protocoles. Une EPP sera engagée sur la prise en charge des escarres prochainement pour permettre l'harmonisation des pratiques. Un plan d'action a été intégré au PAQSS pendant la visite.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement et permet l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs fixés dans le parcours patient. La concertation est facilitée entre professionnels. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles pour assurer la prise en charge du patient dans son parcours par la structuration de nombreuses conventions avec les hôpitaux environnants, les professionnels libéraux (IDE, Kinés) et la médecine de ville. Un projet de consultations avancées (neurologie et cardiologie) est en cours.
Une commission des admissions pluri professionnelle (Directrice, Médecins, Coordinatrice des soins et IDEC) est organisée pour anticiper les admissions et fluidifier les parcours patients. Une organisation est formalisée « circuit court » avec l'hôpital de Saint Malo afin d'éviter le passage aux urgences pour les patients stables qui ont besoin d'une hospitalisation en soins aigus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement assure la communication auprès des professionnels lors des réunions de service, par affichage, par l'intranet et par le journal interne « La Gazette ». Des points d'information réguliers sont également assurés lors des transmissions inter-équipe. Les infirmières coordinatrices (IDEC) s'assurent de la conformité des pratiques par la réalisation de quick audits tous les 2 mois diligentés par le CQGDR à partir d'un planning annuel. Elles s'appuient également sur des professionnels référents identifiés dans chacun des services qui assurent une mission relai des informations et de conseils (référents hygiène, douleur, nutrition, ETP).

La méthode d'analyse de processus parcours patient initiée par le comité de pilotage a permis l'implication des professionnels dans la déclinaison des étapes clés du parcours patient : admission, accueil, évaluation initiale, prise en charge et sortie. Comme les visites de terrain et les patients traceurs l'ont confirmé, les équipes connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours définis au sein du service et les mesures à mettre en place.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans les services. La procédure de déclaration des évènements indésirables est connue des professionnels. Les évènements indésirables (EI) font l'objet d'un

traitement par le CQGR et en CREX en fonction du niveau de criticité. Les analyses des EI et les plans d'actions sont abordées lors des réunions de service et un affichage des EI et plans d'action est en place dans chacun des services. 4 EPP parcours patients sont engagées (préventions des chutes, pertinence des séjours, évaluation de la prise en charge de la dénutrition, patients traceurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des compétences (quantitatives et qualitatives) aux besoins de prises en charge. Les professionnels bénéficient du plan de formation institutionnel. Le personnel est formé aux gestes d'urgence AGFSU, au risque suicidaire, à l'accueil, à l'éducation thérapeutique et aux spécificités de prise en charge telles l'accompagnement en fin de vie, la maladie d'Alzheimer, le simulateur de vieillesse…).
Le dispositif d'accueil du nouvel arrivant est formalisé. Un livret d'accueil institutionnel lui est remis lors de son arrivée. Une journée d'intégration est réalisée assortie d'un tutorat.

Les locaux sont adaptés à l'accueil des personnes en situation de handicap. Les salles de rééducation sont équipées du matériel nécessaire à la rééducation et de nombreuses aides techniques sont disponibles : Guidon de transferts, rail au plafond pour aider au lever, verticaliseur électrique.

La prise en charge des urgences vitales est organisée et formalisée dans une procédure : Les chariots d'urgence défibrillateurs semi automatiques sont en place et gérés par les services. Une procédure d'appel d'urgence est formalisée.

La gestion documentaire actualisée est accessible et connue des professionnels. Des documents d'information et de conseils à destination des patients sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patients (Accueil patients, prise en charge de la dénutrition, conduite à tenir en cas de chute, dépistage du risque suicidaire, prise en charge des urgences vitales…).

Les modalités d'accueil des patients sont définies. Une secrétaire médicale assure la gestion des lits et a pour mission de gérer les entrées dès la validation par la commission des admissions. Elle veille à la mise à disposition de tous les documents que les établissements « adresseurs » doivent transmettre pour une prise en charge rapide et assurer la préparation de l'accueil du patient.
La procédure de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues : vérification de l'identité dès l'entrée du patient et à toutes les étapes de la prise en charge, pose de bracelet d'identification en SSR. A l'USLD, les bracelets ne sont posés qu'en cas de déplacement d'un patient. La photo du patient est intégrée au dossier patient et dans les piluliers.
L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est effective et tracée dans son dossier pour l'ensemble de ses besoins : l'évaluation de la douleur, la recherche d'allergie, le dépistage des troubles nutritionnels, la réflexion bénéfice/risque et le risque d'escarres évalué systématiquement avec l'échelle de Norton. Les éléments de connaissance du patient sont tracés dans une macro cible par l'infirmière.
Le risque suicidaire est identifié et tracé et le risque de vulnérabilité est pris en compte. L'évaluation du risque suicidaire est scorée et la psychologue est appelée dès qu'un risque est identifié.
Le dépistage des troubles nutritionnel est effectif et maitrisé par la prise en charge de tous les patients par un bilan complet : évaluation par une échelle MNA, un bilan biologique (albumine sérique) et l'appel à la diététiciennes en cas de dénutrition ou de risque.
Eu égard à la population accueillie dans l'établissement, un des objectifs principaux dans la prise en charge des patients est le maintien de l'autonomie. Dans ce cadre un dispositif est mis en œuvre par la mise en place d'un professionnel (Aide-Kiné) qui assure l'aide à la marche en complément des interventions des kinés.
Une équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Saint Malo peut rencontrer des patients/familles sur demande.
La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles pour assurer la prise en charge du patient dans son parcours est réalisée au travers d'avis spécialisés avec l'hôpital de Saint Malo ou de Combourg et le CHU de Rennes. La télémédecine par télétransmission de photos pour avis dermato est également mise en place.

Des réunions pluri professionnelles sont organisées tous les 15 jours pour formaliser et évaluer le projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfice risque. Il est évalué tout au long de la prise en charge et tracé. Il permet le partage d'informations entre les professionnels. A l'entrée du patient, l'évaluation gérontologique est réalisée afin de formaliser le projet de soins/ projet de vie qui est coopté avec le patient ou la famille. Des réunions de concertation en SSR et en USLD sont également réalisées tous les mois réunissant la Directrice, les médecins, les IDEC, l'animatrice, la psychologue, l'ergothérapeute, les kinésithérapeutes et l'assistante sociale pour les situations complexes.
Le projet de soins intègre également le maintien de l'autonomie des patients. Dans ce cadre, l'ergothérapeute intervient auprès des patients et équipes pour proposer des aide à la mobilisation ou des

positionnements particuliers.
Des ateliers de détente pour les patients sont assurés par l'animatrice (ancienne aide-soignante) : Bains thérapeutiques, Sloezen …
Les modalités d'information de la famille ou de l'entourage du patient sont réalisées par la mise en œuvre d'espace d'information, d'écoute et de soutien par les équipes médicales et paramédicales.
La traçabilité est réalisée et partagée. Les données de l'ensemble des catégories professionnelles concourant à la prise en charge sont disponibles et actualisées.
Les règles de permanence des soins sont connues des professionnels par l'accessibilité des tableaux de gardes et d'astreinte dans l'intranet et par affichage. La procédure d'appel et d'organisation de l'entretien des matériels pour urgence vitale sont connues de tous les professionnels. La vérification et la traçabilité de ces matériels sont effectives et tracées.
L'établissement dispose de 3 programmes d'éducation thérapeutique (Prévention des chutes, médicaments anticoagulants et médicament anti vitamines K) pour lequel des ateliers sont réalisés par les IDE formées. Des fascicules et affiches sont disponibles pour les patients et les familles.
La sortie des patients est organisée par la secrétaire médicale, l'organisation du devenir du patient est envisagée et évaluée régulièrement en SSR lors des réunions pluri professionnelles. L'assistante sociale intervient pour les situations complexes. L'ergothérapeute peut se rendre à domicile sur demande de l'équipe et de la famille pour réaliser un état des lieux et proposer des améliorations pour la prise en charge au retour du patient. Une enveloppe de sortie comprenant tous les documents inhérents à la sortie dont le courrier de sortie est remise au patient le jour de la sortie. Une fiche de liaison est également réalisée pour la continuité de la prise en charge pour les professionnels libéraux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des parcours patients sont assurés par les IDEC, le service qualité et les professionnels référents. Ils reposent sur les évaluations « patients traceurs » qui sont réalisées dans les secteurs d'activité et qui permettent de valider la maitrise des équipes dans la prise en charge des patients tout au long de son parcours et de compléter en continu le programme d'amélioration. L'établissement suit également les indicateurs nationaux. Des quick audits sont réalisés et planifiés tous les 2 mois pour évaluer les pratiques professionnelles. 3 EPP sont également engagées sur le parcours patient. Les évènements indésirables associés aux soins fait partie intégrante du système d'information en ce qui concerne les dysfonctionnements dans les parcours de soins. Ces évènements sont analysés sous forme de CREX selon leur gravité. Un forum est organisé au sein du groupe HSVT tous les ans pour la présentation d'une thématique du projet d'établissement ce qui permet le partage d'expérience. En 2019 l'établissement a présenté les ateliers ETP.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
L'analyse des résultats des audits, des évaluations des patients traceurs et des indicateurs IPAQSS donnent lieu à des actions d'amélioration qui sont intégrées au PAQSS global de l'établissement. Le suivi des actions d'amélioration ainsi que leur mesure sont sous la responsabilité des IDEC qui en rendent compte au comité qualité gestion des risques. La communication des résultats des indicateurs est réalisée par voie d'affichage et des évaluations patients traceurs via l'intranet pour les professionnels. Les usagers sont informés de par leur implication dans les différents groupes de travail.

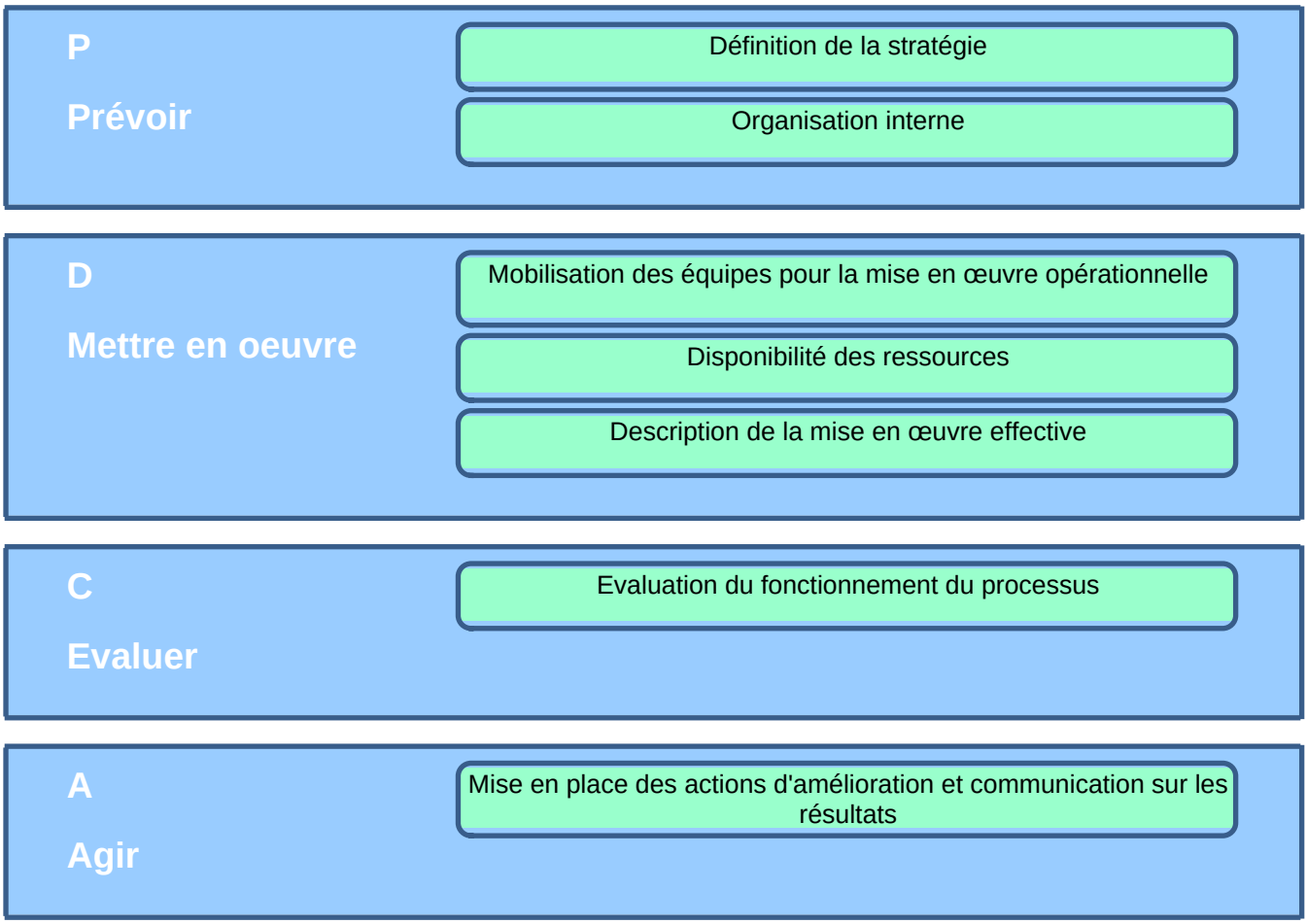
DOSSIER PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La Maison de Convalescence ST Thomas de Villeneuve dispose d'un dossier patient informatisé. Les objectifs liés au système d'information (SI) sont intégrés dans les orientations stratégiques de l'établissement et notamment dans le projet d'établissement 2017-2021 : Participer au déploiement de systèmes d'information partagés, développer des outils de communication et de partage avec les acteurs extérieurs. La Politique du Dossier Patient décline la volonté d'optimiser l'utilisation du dossier patient informatisé. Cette politique globale de gestion du dossier patient a été formalisée en 2016, actualisée en 2019 et identifie la responsabilité des différents acteurs. Elle fixe les objectifs suivants : Garantir un dossier exhaustif, garantir la bonne tenue du dossier patient afin d'assurer la continuité et les coordinations entre les différents professionnels, garantir la sécurisation des données, évaluer la tenue et la gestion du dossier. La politique définie couvre la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier, elle se décline dans un programme qui précise pour chaque action les responsabilités des acteurs concernés, leur planification et les modalités de suivi. Un guide de gestion et d'utilisation du dossier patient décrivant les règles de tenue du dossier au cours des différentes étapes de la prise en charge, de la création à l'archivage définitif est formalisé et diffusé. Une réflexion, actuellement en cours, sur la destruction des dossiers doit aboutir prochainement. Cette politique et le guide de gestion ont été définis en lien avec l'analyse des risques et validée par la CQGDR et la CME. Le compte qualité comporte pour cette thématique quatre risques à surveiller. Les investigations menées ont permis de constater que le plan d'actions élaboré pour maitriser ces risques a fait l'objet d'une réalisation complète dont l'impact sera mesuré par l'établissement au cours des évaluations programmées cette année sur la base d'indicateurs retenus. Le plan d'actions est soumis à la validation de la CQGDR puis intégré au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE
L'établissement a défini une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus d'amélioration de la gestion du dossier patient et identifié les risques liés à cette thématique. La fiche de poste du Pilote du processus est formalisée. Ce pilotage a été confié à l'infirmière coordinatrice du SSR assistée de deux co-pilotes, l'infirmière coordinatrice de l'USLD et le référent interne (IDE) du logiciel en place. La direction du système d'information (SI) est située dans un établissement du groupe HSTV (St Laurent), elle assure la maintenance technique des installations et des applications. Un dispositif d'astreinte est organisé permettant une accessibilité 24h/24, 365 jours par an. Les habilitations des professionnels, décrites dans le guide d'utilisation et de gestion du dossier patient, sont définies en fonction de leur profil, le circuit de délivrance est connu, sécurisé et intègre les intervenants extérieurs. L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation, un référent est identifié, en l'occurrence la Directrice de l'Établissement qui en assure le suivi. Une organisation est prévue pour l'intégration des documents transmis par les établissements adresseurs des patients pour que l'ensemble des professionnels aient accès à l'ensemble des données (fiches de liaison, compte rendu d'hospitalisation, ordonnances médicamenteuses). Une organisation est également identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier. Elle est précisée dans le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée, pour compléter ce dispositif l'établissement met à la disposition des patients et de leur entourage une plaquette explicative sur les modalités d'accès. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour les professionnels par le recensement effectué auprès des salariés chaque année par la Direction et lors de l'entretien annuel de progrès. La formation des nouveaux arrivants est organisée. En ce qui concerne l'archivage des dossiers médicaux (support papier), l'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations, la gestion des archives figure dans le guide de gestion et d'utilisation du dossier patient. Les ressources documentaires (procédures et modes opératoires) sont formalisées dans la gestion

documentaire dématérialisée. Une procédure dégradée définit la conduite en cas de panne et le plan de reprise d'activité est établi.

Les ressources matérielles (Archivage, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement. La gestion des interfaces et la connexion des applications sont organisées et finalisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le dossier patient est le socle du partage des informations et tous les professionnels sont concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management conduit la démarche d'amélioration au sein des deux services en lien avec les objectifs définis de cette thématique.
Il relaie et impulse cette démarche et s'assure régulièrement de la conformité des pratiques liées au dossier patient (audits, quick audits bimestriels…) et met en place les actions correctives nécessaires.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur, elles participent à l'élaboration des protocoles, aux évaluations du dossier, aux déclarations et analyses des EI et des plaintes et réclamations.

Elles sont informées des résultats des indicateurs en place et des évaluations menées sur la thématique du dossier patient par les responsables de l'encadrement, par les retours effectués lors des points qualité en fin de transmissions permettant un échange sur ces résultats et par les affichages mis en place dans chaque service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des professionnels (remplaçants compris) est formé à l'utilisation du dossier. Lors de la prise de fonction d'un nouveau professionnel, un dispositif de tutorat est systématiquement mis en place dans les services de soins facilitant l'intégration de l'arrivant et l'appropriation des outils à sa disposition au premier rang desquels figure le dossier patient.

La disponibilité et l'accessibilité des procédures et modes opératoires relatifs à cette thématique via le logiciel de gestion documentaire en place et la présence dans chaque service de professionnels référents renforcent le dispositif d'intégration et d'accompagnement des professionnels.
La procédure dégradée qui s'applique en cas de panne informatique est maîtrisée par les professionnels et permet d'assurer le suivi des prises en charge, la continuité et la sécurité des soins.

Les outils informatiques disponibles, en nombre suffisant, permettent de renseigner en temps utile le dossier avec l'ensemble des éléments concernant toutes les étapes de la prise en charge du patient et garantissent le partage des informations entre les intervenants.

Le service informatique du groupe met en œuvre au quotidien les conditions de compétence et de réactivité pour optimiser la maintenance des applications et des outils à disposition des professionnels qui confirment lors des entretiens menés, la réactivité et l'efficacité des opérations de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés au fur et à mesure dans le dossier patient. Les investigations menées ont permis de constater que le dossier se compose des éléments attendus : les informations administratives, les antécédents, l'examen initial et ses conclusions, le projet de soins personnalisé, les prescriptions, le recueil des éléments infirmiers et paramédicaux, l'actualisation au fil du séjour…
Tous les documents en format papier sont numérisés et intégrés au DPI.

La coordination des professionnels autour du dossier est facilitée par un accès partagé au DPI.
Les résultats de biologie sont accessibles aux médecins, aux soignants et pharmacien de l'officine en charge de la dispensation des médicaments.

Pour les patients qui sortent de l'établissement, les documents utiles au patient pour la continuité des soins sont préparés par la secrétaire médicale, dans une pochette pour lui être remis. La communication des éléments avec les professionnels correspondants est assurée par le compte rendu d'hospitalisation.
La lettre de liaison est mise en place, les informations pour la continuité de la prise en charge après la sortie sont transmises en respectant les règles de confidentialité.
L'implication de l'IDE référent dans ce domaine et sa maîtrise de l'outil ont permis la mise en place de nombreux documents d'aide à la traçabilité, ceux-ci ont été formalisés dans le DPI tels des check listes (check liste d'entrée …), fiches de surveillances spécifiques (Échelles douleur) favorisant l'appropriation du logiciel en place par les professionnels.

Les rencontres avec les professionnels des différents secteurs ont permis de constater que les règles de tenue et d'accès au dossier sont connues et maîtrisées. L'archivage des dossiers est opérationnel et permet l'accessibilité à l'antériorité des hospitalisations des patients.
En SSR les dossiers de l'année en cours sont stockés dans le bureau de la secrétaire médicale ainsi que les dossiers de l'année n-1, à partir de l'année n-2 dans le local archives.
En USLD, les dossiers de l'année en cours sont stockés dans le bureau des infirmières, les dossiers des résidents décédés dans l'année sont stockés dans le bureau de l'infirmière coordinatrice, à partir de l'année N-2 dans le local archives.
Dans les deux services, les dossiers sont stockés dans des locaux sécurisés et à l'intérieur de ces locaux dans des armoires sécurisées.
Cette mission relève de la secrétaire médicale en SSR et de l'infirmière coordinatrice en USLD qui assurent le suivi de ce dispositif.
Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés par l'établissement, le suivi, conforme, à la réglementation est assuré par la Directrice de l'établissement.
Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Une revue annuelle du processus est organisée par les pilotes et le service Qualité reposant notamment sur les résultats des indicateurs nationaux, des indicateurs internes et sur les différentes évaluations réalisées. Le recueil des IQSS concernant l'évaluation de la tenue du dossier patient est réalisée conformément à la réglementation. Les résultats sont présentés aux instances et diffusés dans les services. Leur analyse permet de mettre en évidence les insuffisances qui nécessitent des actions d'amélioration.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Au regard des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont décidées et validées en CQGDR. Dès leur validation, elles sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS) qui prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi. L'actualisation du programme qui en résulte est présentée aux instances et diffusée aux professionnels.

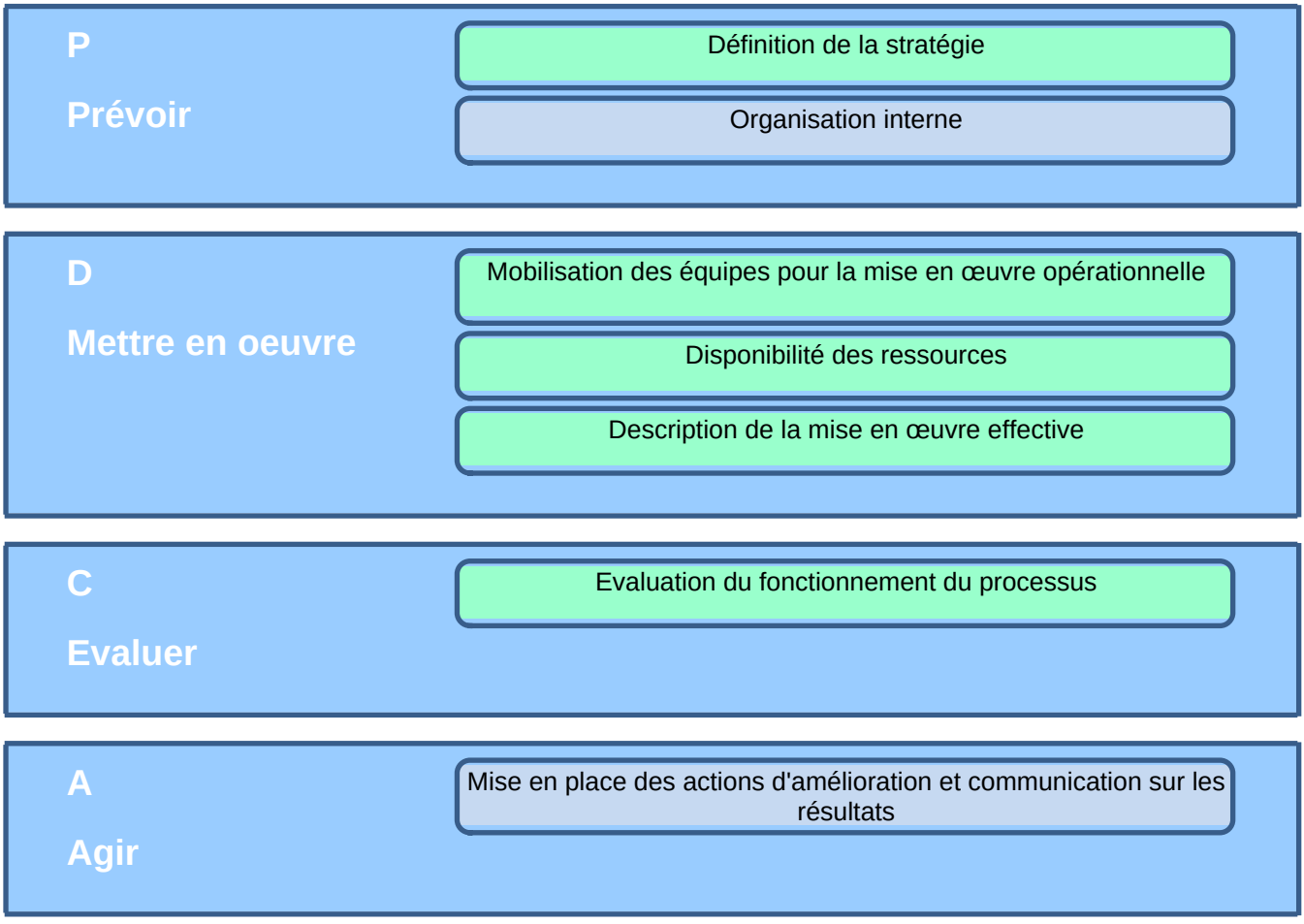
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La Maison de convalescence de Saint Thomas de Villeneuve a formalisé sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) à partir d'une identification de ses missions et des risques, de l'évolution des règlementations et des programmes nationaux. La politique de sécurisation du circuit du médicament est définie et est réajustée chaque année au regard des évolutions réglementaires, du contrat d'amélioration de la qualité et sécurité (CAQES) et des résultats des indicateurs internes et externes à l'établissement. Elle est le prolongement de la politique d'amélioration de la qualité et de la démarche globalisée des risques. Cette politique est définie dans le projet d'établissement (2017-2021) et dans le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les objectifs prioritaires sont la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient de son arrivée jusqu'à sa sortie, le partage d'une vision systémique et d'une culture collective du risque et la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable. Une politique de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée est également formalisée. Les axes d'amélioration sont identifiés en lien avec les exigences contractuelles du CAQES et s'appuient sur la cartographie des risques liée au circuit du médicament réalisé de façon pluri-professionnelle. Elle est actualisée au regard des résultats des audits et EPP, de l'évaluation des plans d'actions et des risques maitrisés, des résultats de la précédente certification V2014 (2016), du suivi des indicateurs nationaux et de l'analyse des évènements indésirables en CREX/REX. Elle est validée en CME et présentée en CDU. 5 risques résiduels dont les plans d'actions sont en cours, sont repris dans le compte qualité. En regard des risques identifiés, les mesures de traitement sont arrêtées, les ressources nécessaires et les modalités de suivi sont définies. Le plan d'actions formalisé et priorisé, est intégré au programme global institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des risques (PAQSS). Il est validé par la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et par la CME.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du processus est confié à la Pharmacienne coordonnatrice nommée responsable du Système de Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCEM) et au Pharmacien de l'officine externe qui est très impliqué dans l'établissement. Il est nommé responsable pharmacovigilance et assiste à toutes les réunions des différentes instances. L'instance qui supervise la politique de PECM est la commission qualité et gestion des risques (CQGDR) en lien avec la COMEDIMS. Elle suit les actions conduites et leurs évaluations. La pharmacienne assure la supervision de la délivrance des médicaments par l'officine de ville et des médicaments à usage hospitalier par l'hôpital de Saint Malo. Le pilotage est assuré en coordination avec les différentes instances de rattachement : La CME pour la validation du plan d'actions ; CQGDR pour le suivi des actions et l'analyse approfondie des évènements indésirables ; La Commission des antibiotiques et Comité de lutte des infections nosocomiales associées aux soins (CLIN) pour la maitrise de la consommation et le bon usage des antibiotiques ; La pharmacienne, les infirmières coordinatrices (IDEC) et la directrice des soins, nommée coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, pour la diffusion de la culture qualité et sécurité et l'application des procédures. L'organisation générale de la PECM est détaillée dans le manuel d'assurance qualité. Les rôles et les missions des différents acteurs sont définis. La démarche de conciliation médicamenteuse est engagée à l'admission et sortie des patients. La prévention du risque iatrogène lié aux médicaments et populations à risque est organisée (population âgée, handicap …) Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement s'assure des ressources humaines nécessaires en termes d'effectifs et de compétences. Des actions de sensibilisation et de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont organisées et la formation des nouveaux arrivants est prévue. La permanence pharmaceutique est organisée par un numéro unique qui est composé par les cadres d'astreintes les week-end, jours fériés et nuit et qui est dirigé vers l'officine de ville qui est de garde. Une dotation de médicaments est également définie et construite selon les recommandations de l'OMEDIT Bretagne. Le dispositif de gestion documentaire est structuré et informatisé. De nombreux documents sont formalisés et concernent l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse : procédure de

prise en charge médicamenteuse, protocoles de prescriptions médicamenteuses, gestion du traitement personnel, gestion des stupéfiants, gestion des produits périmés, guide de suivi des antibiotiques, guide des médicaments … Les règles de prescriptions, de stockage et d'administration des médicaments à risques sont définies.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée sur l'ensemble de l'établissement.

Les matériels nécessaires aux services (armoires de pharmacie, chariot pour les piluliers, caisses de transports, ordinateurs) sont identifiés.
L'établissement s'organise pour assurer les opérations de gestion, d'approvisionnement, de détention, de stockage et de dispensation. La fonction transport et le respect de la chaine du froid sont organisés et sécurisés sur le plan matériel, les contenants sont adaptés. La dispensation nominative est organisée.
La gestion des interfaces et des circuits est définie pour faciliter la concertation entre l'équipe de l'officine de ville (pharmacien et préparateurs), les prescripteurs et les services de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
La pharmacienne et le CQGDR managent les actions issues du programme d'actions. En parallèle, le management des deux services participe à sa mise en œuvre. La pharmacienne et le médecin référent de l'antibiothérapie (Président du CLIN) sensibilisent les médecins prescripteurs sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à l'occasion des réunions de la COMEDIMS et de la CME. L'implication des équipes est favorisée par l'encadrement soignant, par la participation médicale et par l'équipe qualité et gestion des risques. Les responsables paramédicaux des services et la pharmacienne en lien avec le service qualité, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette déclinaison repose sur une concertation régulière avec l'encadrement, la transmission d'informations en instances et sur l'information régulière dispensée via l'intranet, le journal interne « La Gazette» et par des points d'informations réguliers réalisés par la pharmacienne lors des transmissions inter-équipe. L'analyse des évènements indésirables est réalisée dans le cadre du dispositif mis en place. L'ensemble des évènements indésirables et le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés par le CQGDR qui déclenche les analyses des causes profondes et/ou des CREX, et donnent lieu à des actions correctives avec la participation des professionnels concernés. Des EPP, sont menées : Évaluation des prescriptions sur les AVK et les AOD suivie en routine par indicateur, bon usage des HBPM débutée en 2019 et prescriptions chez la personne âgée suivie en routine par indicateur.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériels (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans tous les secteurs. Les modalités de délivrance des médicaments sont établies. L'officine de ville est organisée comme une pharmacie à usage hospitalier et est apparentée à une pharmacie à usage externe (PUE). La pharmacienne coordinatrice supervise l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse. Une convention est passée avec l'hôpital de Saint Malo pour les médicaments à usage hospitalier, avec l'hôpital de Combourg pour les dispositifs médicaux stériles et non stériles. L'oxygène médical est géré par la pharmacienne auprès d'un prestataire externe. La continuité de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle par la mise à disposition d'une dotation de médicaments (antibiotiques, médicaments à usage fréquents, coffre à stupéfiants) dans les armoires des services gérées par la pharmacienne. Une procédure décrit cette organisation et est connue des professionnels (gestion et maitrise du médicament : gestion des stockages des médicaments y compris la chaine du froid et des dispositifs médicaux). Les formations sur la prise en charge médicamenteuse sont assurées par la pharmacienne et l'équipe qualité et gestion des risques comme la formation sur la iatrogénie médicamenteuse, « iatrogénie médicamenteuse, erreurs médicamenteuses, prescriptions médicales chez la personne âgé ». Une procédure sur le repérage des Nevers Events adaptés à la prise en charge de la personne âgée est mise à disposition des professionnels dans la GED et affichée dans les postes de soins. En parallèle des formations, de nombreuses actions de sensibilisation sont menées sur les erreurs médicamenteuses au travers des « points infos », et du journal interne. Les nouveaux professionnels bénéficient d'une journée d'intégration assortie d'un tutorat. Le médecin référent des antibiotiques, la pharmacienne, le médecin infectiologue du CHU de Rennes assurent la formation des médecins et leur prodiguent les conseils sur l'antibiothérapie. Ils peuvent également demander des avis auprès des médecins infectiologues du centre hospitalier de Saint Malo.

Des revues des ordonnances critiques sont organisées tous les mois pour les médecins pour éviter la iatrogénie médicamenteuse.

Via l'intranet, les professionnels ont accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration (Base de données, livret thérapeutique, guide des antibiotiques, liste des médicaments à risque, …).

L'analyse pharmaceutique est réalisée par le pharmacien d'officine pour toutes les prescriptions, elle comprend l'analyse réglementaire et l'analyse pharmaco-thérapeutique de la prescription. Sa mise en œuvre est favorisée par l'informatisation en permettant au pharmacien de disposer de la totalité des prescriptions et l'accès aux données biologiques et cliniques des patients.

Une procédure de sauvegarde en cas de panne informatique est formalisée et connue des professionnels.

L'accès des salles de soins est sécurisé qui sont dotées d'un dispositif d'accès par badge. Conformément aux recommandations, une attention particulière est portée sur les médicaments à risque identifiés par un logo. Une procédure sur le stockage du KCL est formalisée et connue des professionnels.

Les matériels nécessaires aux services sont identifiés dans les unités de soins : armoires à pharmacie pour les dotations de médicaments urgents et des casiers par patients pour les traitements dispensés par l'officine de ville pour 3 semaines, des chariots sécurisés pour les préparations des piluliers par patients (préparations hebdomadaires), des réfrigérateurs avec un suivi de températures. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont connues et respectées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne visant la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les vigilances sanitaires obligatoires (pharmacovigilance et matériovigilance) sont coordonnées, elles sont structurées leur mise en œuvre est opérationnelle et connue par les professionnels.
Les prescriptions sont établies dans le respect des exigences via l'informatisation (confirmé par les patients traceurs). Les prescripteurs habilités à prescrire sont identifiés et une procédure de mise à jour est opérationnelle. Un recueil des signatures est en place.
Les règles de dispensation sont effectives. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est effectuée pour l'ensemble des prescriptions à partir du logiciel. Elle est réalisée par le pharmacien de l'officine qui valide ou refuse les prescriptions. Les médicaments sont préparés nominativement pour 3 semaines par les préparatrices de l'officine, vérifiés par le pharmacien pour validation de la délivrance et acheminés dans des caisses scellées par le pharmacien ou les préparatrices dans les unités ad hoc. Une procédure de retour des médicaments non utilisées est formalisée et connues des professionnels (évacués dans une caisse acheminées vers l'officine de ville et intégrés dans la filière de destruction.
La gestion des stupéfiants est opérationnelle. Une dotation de service est contrôlée toutes les semaines par les IDEC. Le réassort est réalisé à partir des ordonnances sécurisées et de la fiche de dotation par l'officine de ville. La dispensation des stupéfiants est sécurisée. (Transport par les IDEC, dans un véhicule de fonction, dans une caisse scellée).

Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus dans les armoires à pharmacie des services sont conformes aux procédures. La vérification des stockages et le contrôle des péremptions sont assurés par la pharmacienne coordinatrice tous les mois, et chaque semaine par les préparatrices de l'officine pour les traitements nominatifs. La traçabilité de ces contrôles est assurée.

Le contrôle est assuré et tracé pour les équipements de stockage à basse température des produits pharmaceutiques. Ces équipements sont exclusivement réservés au stockage de produits pharmaceutiques. Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées au regard de la procédure de gestion du traitement personnel des patients. La mise en quarantaine des médicaments personnels des patients est effective : dans la majeure partie des cas le traitement est rendu aux proches du patients ou stocké dans les armoires à pharmacie fermées à clé.

La conciliation médicamenteuse est réalisée lors de l'arrivée des patients par le pharmacien de l'officine. A la sortie des patients, un bilan médicamenteux est réalisé et tracé afin d'analyser les divergences entre le traitement à l'entrée et le traitement de sortie.

La gestion des antibiotiques est effective : Devant toute prescription d'antibiotique, le pharmacien d'officine doit impérativement contrôler (résultat d'antibiogramme ou justification clinique en 1ère intention avec avis d'un infectiologue référent) et tracer les prescriptions d'antibiotiques dit « critiques ». Certains antibiotiques de la réserve hospitalière sont disponibles en dotation pour besoins urgents, les antibiotiques disponibles en ville sont délivrés par le pharmacien d'officine. Une synthèse est établie par le pharmacien d'officine pour analyse à chaque réunion du comité des anti-infectieux.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour assurer l'effectivité de la prise en charge médicamenteuse selon les bonnes pratiques. Les professionnels connaissent et respectent les règles d'administration des médicaments ainsi que celles relatives à la justification de la non-administration. La dispensation nominative est assurée pour 7 jours dans un chariot adapté et organisé par casier par patient et étiquetés aux noms des patients ou avec la photo (en USLD).
La vérification des ordonnances au moment de l'administration des médicaments, la prise des médicaments par le patient et la traçabilité sont réalisées sur le dossier patient informatisé, en temps réel.
L'information au patient et de leur proche est réalisée par les praticiens et par les infirmières lors de l'administration des thérapeutiques et une information sur la prise en charge médicamenteuse est intégrée au livret d'accueil. L'ordonnance imprimée du DPI, comportant la photo du patient lui est remise ou à sa famille dès qu'un changement de thérapeutique intervient. L'ETP est assurée sur les traitements par AVK, par une journée organisée par une IDE dédiée et l'évaluation des connaissances est assurée et tracée dans le dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Les audits de pratique et les EPP contribuent à l'évaluation du dispositif ainsi que l'analyse des erreurs médicamenteuses. En effet, Il existe un dispositif d'évaluation des pratiques par des audits interne, Interdiag et un suivi d'indicateurs. La pharmacienne assure des audits réguliers et les résultats sont présentés en COMEDIMS et en CME et font l'objet d'un plan d'actions d'amélioration. Ces audits font l'objet d'une planification annuelle globalisée à l'établissement. Les indicateurs nationaux (IPAQSS) sont recueillis et suivis La consommation des antibiotiques est suivie et présentée périodiquement lors des réunions de la COMEDIMS, de la Commission des antibiotiques et du CLIN. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont engagées. Des CREX pluri-professionnels sont réalisés en utilisant une méthode d'analyse des causes profondes. Les plans d'actions sont diffusés sur l'intranet et lors des réunions de service.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les analyses des résultats d'évaluations et des indicateurs internes et nationaux donnent lieu à la définition de plans d'actions avec des responsabilités établies et des suivis réguliers par le CQGDR. Des actions correctives sont déclenchées suite aux audits, CREX, et résultats des indicateurs internes et nationaux. Pour exemple, suite à l'audit « administration et troubles de la déglutition » un plan d'action a été mis en place : Liste des médicaments pouvant être broyés, formation des professionnels sur ce sujet, travail réalisé sur les formes pharmaceutiques, … Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel en cohérence avec les orientations et les analyses de risques identifiés dans le compte qualité. La pharmacie met régulièrement sur le site intranet toutes les informations utiles aux professionnels. Les résultats des évaluations et des indicateurs sont présentés à la COMEDIMS, à la CME et en CDU. L'information est également assurée par le journal interne. Les résultats des indicateurs IQSS sont affichés pour les usagers.