



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION SSR La Petite Paix

**Rue Bellevue
34240 Lamalou Les Bains
JUIN 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE LA PETITE PAIX	
Adresse	Rue bellevue 34240 Lamalou Les Bains
Département / région	HERAULT / OCCITANIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	340000629	CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLES LA PETITE PAIX	Rue bellevue 34240 Lamalou Les Bains
Etablissement de santé	340782002	CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE LA PETITE PAIX	Rue bellevue 34240 Lamalou Les Bains

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	73	3

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	CONVENTION DE COOPÉRATION Centre Saint Luc (Bédarieux) CONVENTION DE SERVICES_Laboratoire Biomed 34 (Lamalou les bains) CONVENTION DE COOPÉRATION SSR centre Ster CONVENTION DE COOPÉRATION_ Polyclinique Saint Privat (Boujan) CONVENTION DE COOPÉRATION_SSR/EPHAD Le Colombier (Lamalou) CONVENTION DE COOPÉRATION_SSR Le Pech du Soleil (Boujan)

CONVENTION DE COOPÉRATION _ La Vallonie (Lodève)

CONVENTION DE COOPÉRATION_ Mas de Rochet (Castelnau le Lez)

CONVENTION DE COOPÉRATION Polyclinique Le Millénaire
(Montpellier)

CONVENTION DE COOPÉRATION_CHRU de Montpellier (Montpellier)

CONVENTION DE COOPÉRATION_Polyclinique des 3
Vallées(Bédarieux)

CONVENTION DE COOPÉRATION_ Clinique Pasteur (Pezenas)

CONVENTION DE COOPÉRATION CH Paul Coste Floret (Lamalou)

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandation d'amélioration

Parcours du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR	Affections du système nerveux	Programmé	Complexe, hospitalisation complète	SSR
2	Personne âgée	SSR	Affections de l'appareil locomoteur	Programmé	Simple, hospitalisation complète	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

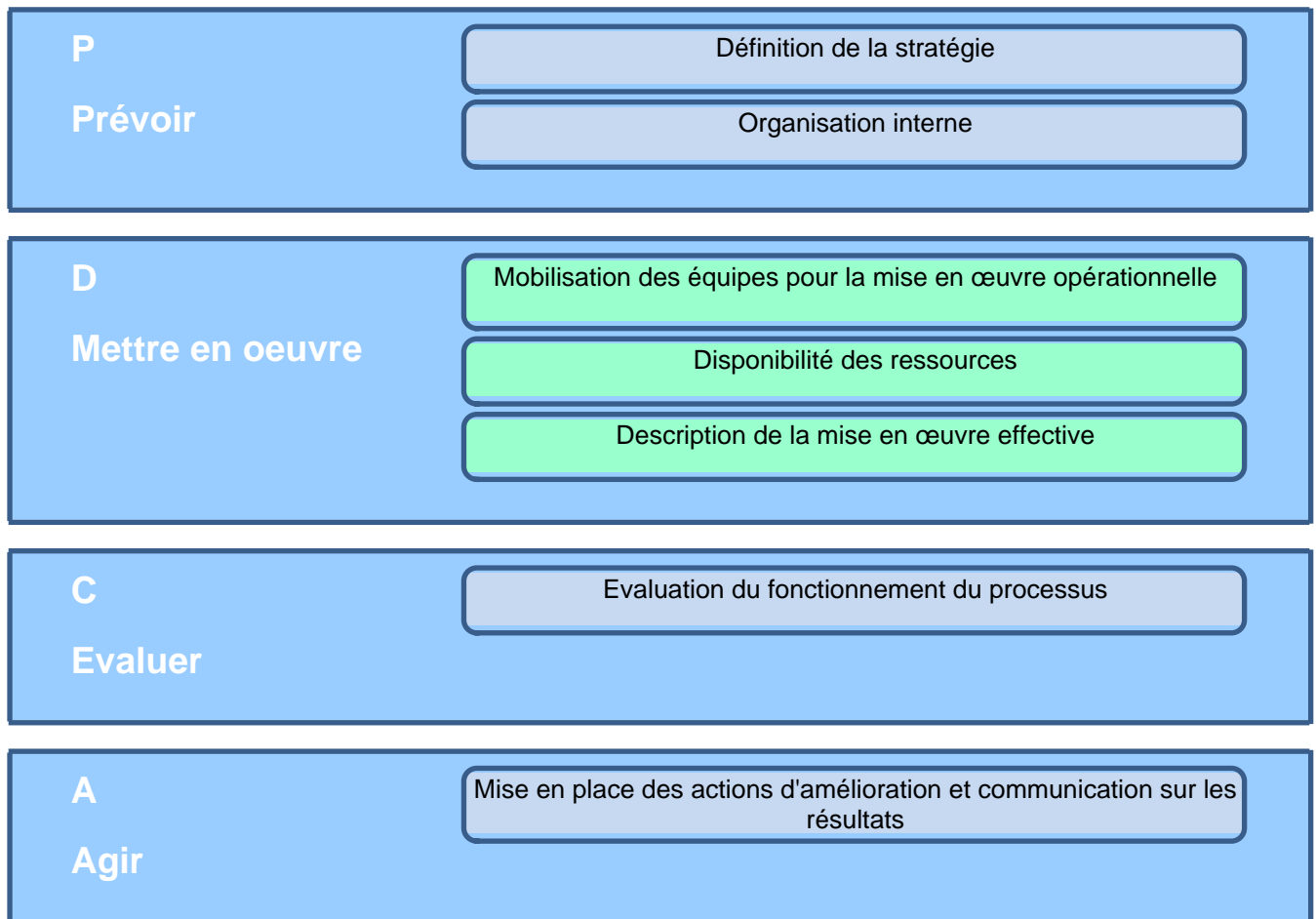
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre soins de suite et réadaptation spécialisé "La petite Paix" est un établissement prenant en charge les patients souffrant d'affections de l'appareil locomoteur et d'affections neurologiques, il dispose de 2 unités d'hospitalisation réparties en 2 bâtiments et 4 étages, et d'un plateau technique de rééducation. L'établissement s'est appuyé sur le résultat de la dernière certification, d'une cartographie réalisée antérieurement et d'une autoévaluation réalisée en interne pour identifier ses risques et élaborer la cartographie des risques des thématiques inscrites au périmètre de la visite de certification.

Les groupes de travail se sont appuyés sur la méthode institutionnelle (de type AMDEC) pour identifier leurs risques. Les orientations stratégiques sont formalisées dans le projet d'établissement 2011-2016, prorogé jusqu'en 2018. En annexe du document sont formalisées 4 politiques : 1- qualité et gestion des risques, 2- droits des patients, 3- management de la prise en charge médicamenteuse et 4- dossier du patient.

Pour le management de la qualité et gestion des risques, les objectifs sont définis et se déclinent en 10 orientations en matière de qualité et gestion des risques qui portent sur la participation à la démarche de la procédure de certification, l'intégration des méthodologies et outils de la qualité et GdR, la culture de l'évaluation notamment celles des pratiques professionnelles et du suivi des indicateurs.

Cette politique est validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Ce PAQSS identifie les actions qui ont été priorisées et inscrites au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un organigramme décrit les instances impliquées selon les différents niveaux décisionnaires, structurels et fonctionnels. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La thématique est pilotée par le directeur adjoint (ancien RAQ de l'établissement) et de la nouvelle RAQ en poste depuis juillet 2016.

Un COPIL certification a été mis en place pour la préparation de la visite, et suivi par le COPIL d'établissement.

La cellule qualité formée par le binôme directeur adjoint et responsable qualité assure pour l'un le management stratégique de la démarche et pour l'autre le déploiement opérationnel par l'animation, la coordination et organisation du déploiement de la démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques entre la direction, les différentes instances et les professionnels.

Les pilotes en charge du management des autres processus sont identifiés et disposent d'une fiche de poste « pilote de processus » formalisée.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Les interfaces sont organisées, le directeur adjoint pilote de la thématique est aussi nommé coordonnateur des risques, il anime le COVIRIS de l'établissement. Il est aussi président de la CdU reconstituée au cours de l'année 2016.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management des secteurs d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

Le cadre de santé aidé de l'IDEC décline les objectifs institutionnels dans les unités de soins et médicotechniques avec en 2016 un focus sur le déploiement du dossier patient. Ces deux personnes mettent en œuvre des évaluations périodiques des activités (audits) portant sur toutes les thématiques. Les résultats sont comparés à ceux des audits précédents et communiqués régulièrement aux équipes. Les actions correctives sont entreprises en lien avec les résultats.

Le programme EPP est mis en œuvre, avec pour chaque démarche EPP, un référent, une fiche descriptive, décrivant les actions menées ou celles à venir qui sont intégrées au PAQSS institutionnel. Le tableau de bord des EPP est réactualisé régulièrement.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins est effective et notamment dans le cadre de la CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des formations sont menées pour les professionnels sur les sujets comme la consultation documentaire, la fiche de signalement des EI, le nouveau logiciel dossier patient, l'hygiène. Une formation spécifique est mise en oeuvre pour les nouveaux entrants et délivrée par le directeur adjoint et le cadre de santé. Les professionnels d'encadrement pharmaceutique, cadre de santé, directeur adjoint sont formés à l'analyse des causes et à la méthodologie des CREX.

Un dispositif de gestion documentaire informatisé est en place dans un logiciel dédié, restructuré récemment pour une classification des documents selon les thématiques HAS. Cependant, le dispositif de gestion documentaire n'est pas en place dans tous les secteurs d'activité : Les documents opérationnels vus sur le terrain ne respectent pas les règles de gestion documentaire institutionnelle; sur le plateau technique et dans l'infirmier, il existe des classeurs de documents qui n'ont pas été intégrés dans la GED institutionnelle, les documents ne sont pas référencés, pas datés ni validés, et il n'y a pas de référence quant à l'identité du rédacteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

La coordination des dispositifs de vigilance est assurée par la cellule qualité et le pharmacien. Les vigilances sanitaires et réglementaires sont suivies. Concernant la réglementation, l'établissement est abonné à la lettre juridique de la FHP et reçoit les informations nécessaires. Les alertes sanitaires sont gérées par le gestionnaire des risques via les mails et fax.

L'établissement organise sa semaine de la sécurité et propose aux professionnels des ateliers ou sensibilisation sur les thématiques du signalement d'EI, les erreurs médicamenteuses, le dommage associés aux soins, l'identitovigilance, les IAS.

La gestion de crise est organisée, un guide de la gestion de crise est rédigé, ainsi qu'un plan canicule. Un exercice d'évaluation en cas d'incendie a été réalisé.

La participation des Représentants des Usagers est recherchée, ils sont informés des objectifs, des actions menées et des résultats comme le bilan des EI, des enquêtes de satisfaction, des plaintes et doléances et informés des programmes de la Lutte contre les Infections associées aux soins, du CHSCT, consultés sur le plan de formation, le programme qualité et GdR et les orientations stratégiques de l'établissement.

La gestion des FEI est réalisée en comité de revue d'expérience. La déclaration des EI est effective et le nombre a augmenté de manière significative ces deux dernières années démontrant une évolution positive du niveau de culture de la sécurité. Certaines analyses approfondies sont réalisées selon un choix et une priorisation du comité. L'établissement a choisi dans son programme de travailler sur la qualité de la déclaration pour inciter les professionnels à déclarer les EI en lien avec la PEC des patients.

Les professionnels déclarent via la feuille papier qu'ils peuvent imprimer à partir du logiciel de gestion documentaire et la transmettent à la cellule qualité via le courrier interne. Le registre des EI est consultable par les professionnels sur un serveur commun et depuis la mise en place de la messagerie dans le dossier patient, une réponse est envoyée au déclarant l'informant du suivi de sa déclaration.

Les plaintes et réclamations des patients sont recueillies et traitées, articulées avec le système de signalement des EI.

Le comité de pilotage de la qualité coordonne la démarche d'amélioration continue et gestion des risques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Le PAQSS global est révisé périodiquement en fonction du suivi des actions mises en oeuvre et des résultats.

Un tableau de bord permet de suivre les indicateurs nationaux et internes (suivi des indicateurs TBIN et IPAQSS, suivi bilan satisfaction, suivi des EI, suivi des EPP, suivi des plaintes et réclamations, suivi des indicateurs d'activité, ...)

L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée via le questionnaire de sortie, un bilan est présenté en CdU, et une enquête de la satisfaction des utilisateurs du service de restauration est mise en oeuvre.

L'établissement a mis en oeuvre la méthodologie du patient traceur et a réalisé 2 évaluations.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est

réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.
Le bilan annuel du programme est présenté sous forme de revue du processus.
Une communication est assurée sur les résultats par le biais de la messagerie interne intégrée au dossier patient et via la lettre mensuelle distribuée avec le bulletin de salaire. Ces éléments sont aussi transmis par mail aux représentants des usagers et présentés lors de réunion de la CdU

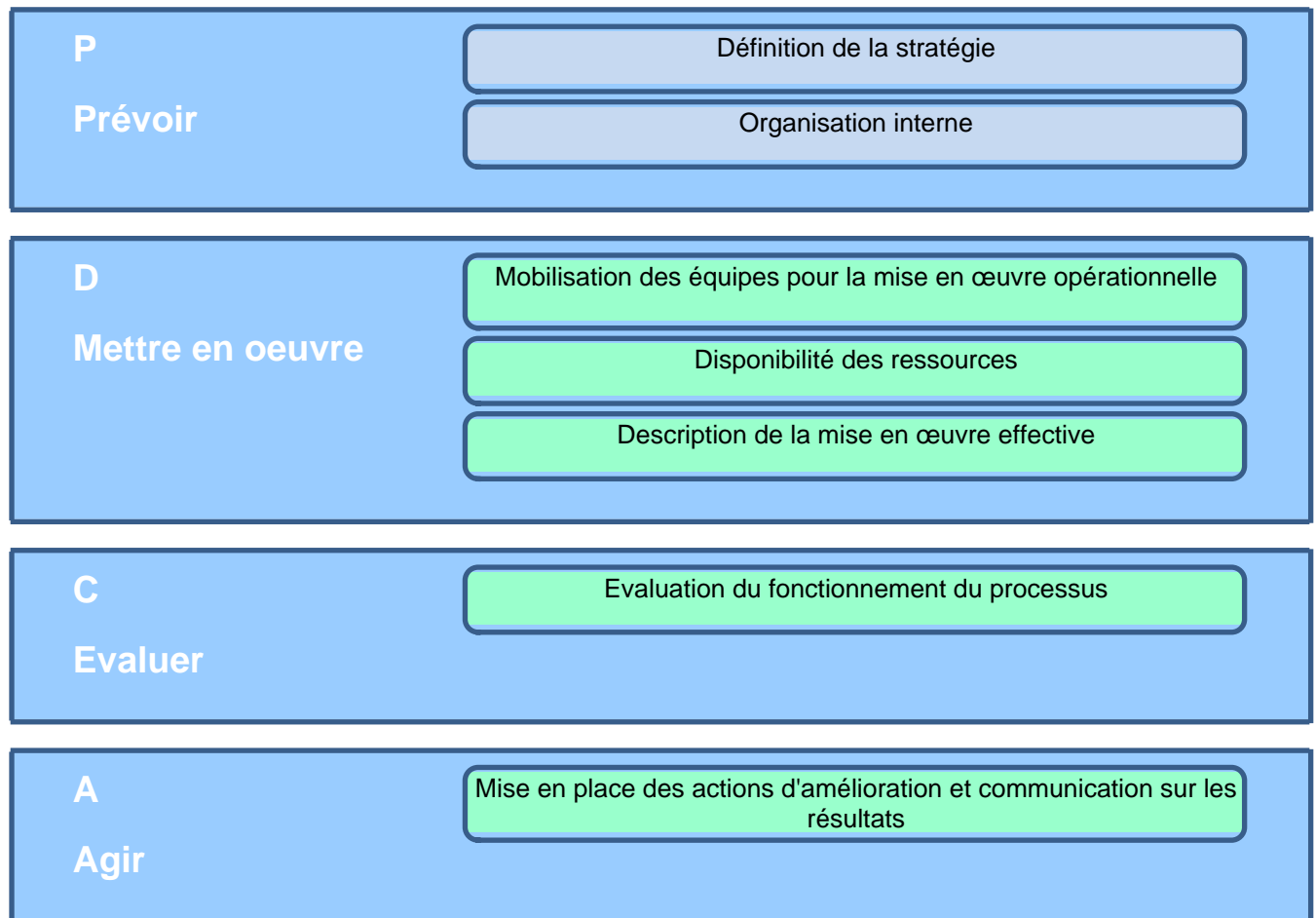
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

L'établissement s'est appuyé sur la cartographie des risques existante et les résultats d'une autoévaluation réalisée en groupe de travail à l'aide de la grille HAS pour identifier ses risques (20 risques identifiés)

Cette analyse a permis de mettre à jour la cartographie des risques et de prioriser les risques inscrits au compte qualité (3). Ces risques concernent le sujet de la prévention de la maltraitance comme la non réponse ou la réponse tardive à la sonnette, ou le défaut d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

La politique des droits des patients est formalisée dans le volet médical du projet d'établissement, elle intègre, la bientraitance, l'information patient et son entourage, la formation des professionnels, et l'évaluation.

Elle est validée par les instances concernées, et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Le programme qualité et gestion des risques en lien avec la thématique est intégré au PAQSS institutionnel les objectifs sont définis, le responsable identifié ainsi que les échéances prévisionnelles, et l'état de réalisation des actions, les modalités de suivi sont définies

Le programme d'amélioration de la qualité en matière de droits des patients a été présenté à la CME et à la CDU, il est articulé avec le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage du processus est assuré par le directeur adjoint par ailleurs président de la CDU aidé de la RAQ. La CDU restructurée en 2016 est en place conformément à la réglementation.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Un comité droit des patients émanant du groupe de travail certification figure à l'organigramme des instances est composé de professionnels de terrain.

Un programme de formations des professionnels et es nouveaux arrivants est mis en œuvre sur la thématique comme l'éthique et droits des patients, la charte de la personne hospitalisée et les droits des patients, la bientraitance. L'information pour l'annonce d'un dommage associé aux soins est donnée aux professionnels concernés. Les professionnels sont sensibilisés aux bonnes pratiques bientraitantes, aux droits des patients. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le cadre de santé des secteurs d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. En lien avec la cellule qualité et l'IDEC, il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés et sur les processus via des actions de communication et d'informations régulières.

Il s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) . Une EPP est en place pour évaluer la pratique de la contention. Un CREX a été mené suite à l'analyse d'une plainte patiente et un retour sur le suivi des actions menées est fait aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients est inscrit dans les fiches de postes des professionnels.

Les professionnels sont formés à la charte de la bientraitance et aux droits des patients, Les professionnels d'encadrement sont formés à la procédure d'information patient en cas de dommages liés aux soins

Les procédures sont actualisées comprenant les bonnes pratiques professionnelles comme la réponse aux appels malades, accès du patient à son dossier, annonce d'un dommage lié aux soins, cad en cas de demande d'info sur l'état de santé d'un patient par téléphone, hébergement des accompagnant, non divulgation de la présence d'un patient, plaintes et doléance des patients, prévention du risque disparition de patient, respect des convictions religieuses, désignation de la personne de confiance, mise en place de contentions pour les patients

Des dispositifs sont en place pour assurer la sécurité des patients, ceinture de maintien dans les fauteuils roulants; cette contention est systématiquement prescrite et réévaluée par les médecins

Un dispositif est en place pour les patients désorientés et susceptible de disparaître : un système de bracelet anti fugue (TAG) avec bornes d'alerte aux accès de l'établissement renvoyé sur tous les téléphones professionnels et le système de sonnette permet de repérer et récupérer rapidement un patient désorienté

Des Paravents mobiles ont été achetés pour le respect de la dignité et l'intimité lors des soins en chambre

Un lève-malade électrique permet la verticalisation des patients lors des soins ou les activités de rééducation, des rails sont installés au plafond pour 40% des chambres.

Le parc des lits médicalisés des patients a été renouvelé récemment à 50% et une partie sont des lits adaptés de type Alzheimer.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Le formulaire de la personne de confiance est remis aux patients dès leur admission et scanné dans le dossier patient le formulaire rempli. Deux des IDE rencontrées ont déclarées ne pas connaître la procédure de recueil de la personne de confiance et ne savait pas où trouver le formulaire rempli.

La démarche d'information des patients sur leurs droits et sur les missions des CDU est en place, via le livret d'accueil, le site internet, la charte de la personne hospitalisée est affichée dans les zones d'accueil,

La procédure concernant l'information du patient en cas de dommage lié au soins est en place et un volet du dossier patient est crée pour permettre la traçabilité des démarches réalisées

Dans la fiche EI un chapitre est réservé pour le signalement d'un EI en lien avec les droits des patients comportant 6 items (bienveillance/maltraitance, respect de la dignité »/intimité, libertés individuelles/restrictions, information du patient, consentement refus de soins, dommages liés aux soins

L'établissement dispose de 27 chambres doubles et 19 chambres particulières réparties dans 2 bâtiments séparés par un patio.

Le refus de soin est tracé dans le dossier informatisé

La participation du patient et de son entourage dans la construction et la mise en œuvre de son projet de soins est recherchée dans les rencontres hebdomadaires avec le médecin et rencontres toutes les 3 semaines avec la famille pour les patients en neurologie

Une alerte est affichée sur le dossier patient pour indiquer la non divulgation de la présence du patient

La traçabilité de la douleur est réalisée dans le dossier patient

Des modalités d'accueil et d'accompagnement sont mises en place pour l'entourage leur permettant de partager les repas ou venir en accompagnement si c'est possible

L'accès à l'établissement est réglementé mais possible sur une large plage horaire (11h-18h30)

Le recueil des plaintes et réclamations orales est assuré

Une permanence mensuelle est assurée par l'AFTC (association des familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) et l'APF (association des paralysés de France) dans un espace aménagé.

La mise en œuvre de la contention est protocolée et passe par une prescription réévaluée chaque jour

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par voies d'affichage au niveau de l'accueil et dans le livret d'accueil, sur le site internet de l'établissement

Le patient est informé qu'il peut solliciter à tout moment une rdv médical. Une visite hebdomadaire est mise en place pour les patients de l'UF neurologie et visite quotidienne pour les patients de l'UF locomoteur

Les restrictions de liberté sont réévaluées tous les jours (registre des contentions, barrières, TAG, pijadraps) le documnt est signé par les médecins et conservés à l'infirmerie.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Des audits sont mis en œuvre pour évaluer la thématique comme un audit sur le délai de réponse à l'appel sonnette, audit sur l'identitovigilance

La procédure d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée

Une revue du processus « droits des patients » est réalisée (rappel de la politique, tableau des indicateurs, analyse, plan d'action qualité, évaluation, objectif année n+1)

L'évaluation de la satisfaction du patient est réalisé dans le cadre du questionnaire de sortie qui a été revu en 2016 pour plus d'objectivité, un bilan annuel est réalisé et présenté en CDU

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Le compte qualité actualisé montre que l'ensemble des actions prévues ont été réalisées et pour certaines évaluées. La revue du processus permet de réajuster le plan d'action.

Les Actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées au PAQSS institutionnel,

La communication est assurée sur les résultats via le bulletin mensuel, et la boîte mail du dossier patient.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

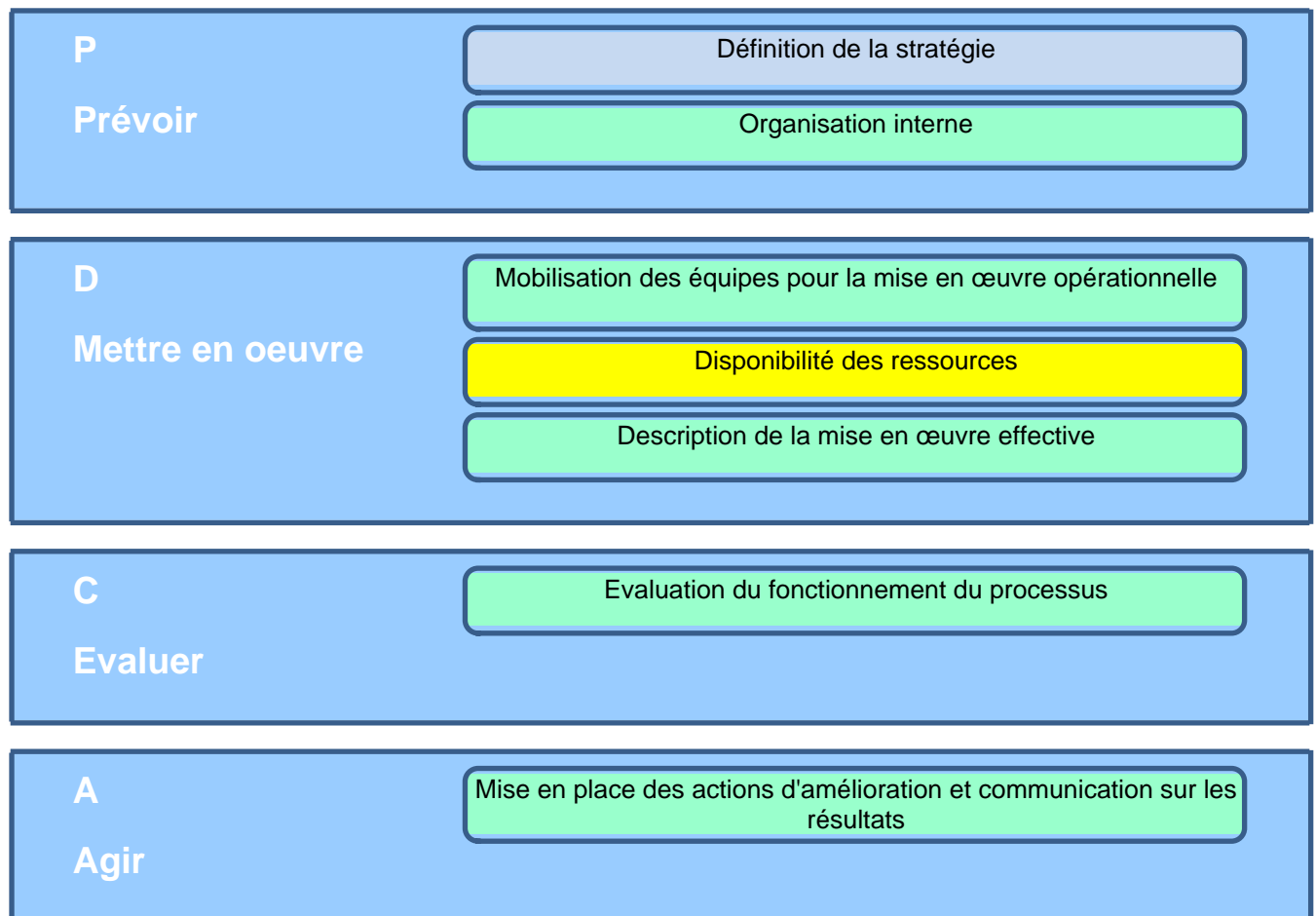
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement SSR « la petite paix » a une autorisations (renouvelée en juin 2015 pour 5 ans) pour l'activité Soins de Suite et Réadaptation, spécialisée sur la prise en charge des affections souffrant de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et à temps partiel ainsi que la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en hospitalisation complète, (73 lits et 3 places en hospitalisation à temps partiel). Une stratégie et des objectifs, sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire. Le projet d'établissement (médical- soins – rééd – social – hôtelier...) sur la période 2011-2017, définit des objectifs d'optimisation du parcours de soins et d'adaptation aux prises en charge des populations accueillies.

L'établissement a formalisé une synthèse de sa politique d'orientations stratégiques pour l'année 2016. L'orientation N°6 explicite une amélioration de la prise en charge des patients à travers la réorganisation des services (administratif, infirmier et rééducation) et le développement de l'éducation thérapeutique du patient. Il existe des coopérations avec les établissements adresseurs et des conventions. La prise en charge s'inscrit dans une filière et un réseau pour le parcours du patient.

L'identification et l'analyse des missions et des risques a été réalisée sur le parcours du patient en faisant participer les professionnels issus des différents métiers (groupe de travail « parcours du patient »). Les sources de données utilisées ont été un travail préparatoire basé sur l'autoévaluation du manuel de certification, l'étude des événements indésirables, des indicateurs et des pratiques de soins. Une cartographie des risques, priorisée avec une échelle de criticité a été élaborée sur le parcours du patient. Les risques prioritaires ont été repérés et inscrits dans le compte qualité (ETP, personnes âgées et handicapées, gestion des urgences vitales, continuité de la prise en charge).

Le programme d'actions d'amélioration a été décliné dans le compte qualité et dans le PAQSS institutionnel. Les modalités de mises en œuvre du programme sont définies sur la thématique parcours du patient : critère du manuel, origine, date de décision et échéance, pilote ainsi que le lien avec le compte qualité. Cette stratégie ainsi que le programme institutionnel sont validés par les instances concernées et le groupe de travail des professionnels investis dans cette démarche.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les pilotes identifiés sont le médecin chef et le cadre de santé. Leurs rôles de pilotes sont identifiés et formalisés (fiche de poste « pilote de processus ») définissant les missions et objectifs de maîtrise du processus.

Un groupe de travail pluri-professionnel a été constitué pour travailler en collaboration avec les pilotes et la cellule qualité. Les fiches de postes « métier » des professionnels en lien avec le parcours du patient, sont formalisées.

Au niveau des compétences, un plan de formation annuel est défini en lien avec les besoins sur la prise en charge du patient. Certains professionnels possèdent des diplômes de spécialité (gériatre, médecin médecine physique et réadaptation, DU formation et recherche clinique en rééducation). Des consultations de médecins spécialistes en neurologie et cardiologie sont organisées chaque semaine.

Des ressources matérielles sont établies : plateau technique, « salles des rééducation et d'ergothérapie différenciées sur les deux prises en charges, matériel de rééducation et soins, lits spécialisés, matériels de transferts et aide à la marche, matériels de prévention, utilisation de la balnéothérapie du centre hospitalier Paul Coste Floret.

Un nouveau dossier patient informatisé a été acquis afin de correspondre davantage aux besoins de l'activité en rééducation fonctionnelle.

Les ressources documentaires sont en place avec des documents inscrits dans un logiciel de gestion documentaire et des classeurs dans les unités. Il existe des protocoles axés sur le parcours du patient (accueil, sortie, projet thérapeutique...) et des bilans standardisés de rééducation.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Cette interface est structurée sur plusieurs dispositifs : planification de l'activité, concertation hebdomadaire d'évaluation de l'activité ré-éducative et soins, outils de programmation des séances de rééducation. Le dossier patient est organisé de façon à répondre à tous ces besoins d'interfaces. Postes de référents, de coordination et encadrement médico-soignant et administratif.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action du compte qualité et du PAQSS sont mis en œuvre en déclinaison de la démarche d'amélioration continue : certaines actions du compte qualité ont été menées (exemple : installation de matériel d'aide aux pesées en salle de rééducation), et d'autres sont en cours d'élaboration (exemple : élaboration d'un programme d'ETP). Les professionnels ont été informés des risques identifiés sur la thématique et la régularité du travail du groupe « parcours » a permis de transmettre des informations aux professionnels (transmissions orales et comptes rendus). L'évaluation périodique du parcours de patient est réalisée à partir des travaux « EPP » effectués sur la prévention des escarres, le suivi de l'état nutritionnel et des chutes et le patient traceur.

Un staff hebdomadaire est réalisé avec le médecin responsable, les rééducateurs, soignants concernés et l'encadrement. C'est l'occasion pour les professionnels de définir les modalités concrètes de la mise en œuvre du projet thérapeutique et établir le projet de sortie.

L'activité est coordonnée chaque semaine entre praticiens et encadrement administratif et soignant afin de s'assurer des entrées de patients et sorties programmées, de s'assurer des besoins et anticiper les décisions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard de ses missions et des risques identifiés, les ressources en compétences sont disponibles : les formations en lien avec la prise en charge et le parcours du patient sont réalisées ; pour l'année 2016 : patient traceur, gestion agresseivité et violence, plaies chroniques, éducation thérapeutique, gestes d'urgences et utilisation du nouveau logiciel « dossier patient. Toutefois, l'établissement ne met pas en œuvre la réponse à ses besoins en ressources humaines, à des moments où certains patients en ont besoin. Les présences des aides-soignants sont planifiées par poste, ce qui induit des effectifs fluctuants selon les horaires de la journée. Il a été constaté lors de la visite que les effectifs des aides soignantes entre 12H et 18H posaient une difficulté liée à la charge de travail des soignants présents, difficulté observée sur le terrain et exprimée par les professionnels eux mêmes.

Les ressources matérielles sont disponibles, toutefois, l'établissement ne met toujours en œuvre la réponse à ses besoins en ressources matérielles à des endroits où certains patients en ont besoin. Il a été observé pendant la visite que certaines chambres à deux lits ne permettaient pas le passage aisé de fauteuil roulant entre le fond de lit et les tables situées devant le mur. Les locaux sont anciens, mais des travaux de peinture de certaines chambres sont mis en œuvre. Certains travaux sur le plateau technique sont envisagés pour apporter plus de place et convivialité. Des besoins additionnels de matériels de rééducation (gros et petits matériels, remplacements de matériels défectueux) sont décrits par les rééducateurs (matériel de physiothérapie antalgique, électrothérapie non fonctionnel).

La documentation est accessible, actualisée, et disponible.

Le dossier patient est paramétré pour permettre la réalisation des bilans et projets thérapeutiques, et la traçabilité de l'activité comme le montre le patient traceur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil est mis en œuvre, le patient est attendu et sa chambre le matériel sont préparés. La prise en charge de personnes se présentant pour une urgence serait assurée par une orientation adaptée. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dès le premier jour avec l'examen médical, les bilans des rééducateurs et l'évaluation des besoins fondamentaux par les soignants. La traçabilité dans le dossier est effectuée avec l'aide des différents paramétrages (macro-cibles, échelles de la douleur.). Le projet de soins personnalisé est réalisé en concertation avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire, intégrant la réflexion bénéfice-risque ; il est réévalué de façon hebdomadaire en staffs avec l'aide des bilans intégrés dans le logiciel. La traçabilité est effective quotidiennement comme le montre le patient traceur.

L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est efficace avec un outil de programmation des séances de rééducation représentant le planning des séances pour le patient et les professionnels. Le binôme kinésithérapeute/ergothérapeute réalise tout au long du séjour des mesures fonctionnelles, transmet des consignes d'installation et de prévention des risques. La douleur est évaluée avec l'échelle verbale simple et tracée. Les troubles de la déglutition sont identifiés et font l'objet de conduites à tenir rigoureuses. Les observations médicales sont régulières. Les soignants utilisent les transmissions ciblées et les mesures des diverses constantes vitales. La prise en charge repose sur des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires ainsi que sur un comité de pilotage du vendredi, réunissant la direction, le corps médical et l'encadrement afin de coordonner l'activité « entrée et sorties ».

Les règles de présence sont assurées avec le système d'astreintes médicales, ce qui permet ainsi, d'assurer la permanence des soins 24h/24 : Les médecins d'astreintes sont joignables et se déplacent en fonction des besoins. Il existe une astreinte administrative. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est adapté avec un sac urgence sécurisé et contrôlé qui a fait l'objet d'une action d'amélioration programmée dans le compte-qualité.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est quotidienne, l'établissement prenant en charge des patients atteints de maladies chroniques et de handicaps liés à l'activité rééducative et à l'âge des patients, l'établissement doit être attentif aux adéquations "doubles fauteuils roulants-taille des chambres". Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est réalisé et

tracé dans le dossier du patient ; une action identifiée dans le compte-qualité a amélioré la surveillance du poids pour les patients handicapés avec des systèmes de levage par rails et surveillance du poids réalisée sur le plateau technique. Le suivi des ingestas a été paramétré dans le logiciel. Les textures nutritionnelles et liquidienne sont adaptées aux troubles de déglutition.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire a été structuré suite à une identification dans le compte-qualité. Le dossier patient a été paramétré afin de tracer cette évaluation. Le déploiement de l'éducation thérapeutique à la santé du patient est fait tout au long de la prise en charge. Deux programmes identifiés dont un en cours d'élaboration avec des professionnels identifiés en cours de formation (programme sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral intitulé « vivre et se reconstruire » et programme sur le traitement des plaies chroniques.

La sortie des patients est anticipée et définie avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Un courrier est transmis au médecin traitant au début du séjour. Le compte rendu d'hospitalisation est transmis au patient et au professionnels concernés, le jour de la sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi est en place. Une revue de processus a été réalisée avec un rappel sur la politique définie et formalisée, une synthèse des rencontres des groupes de travail qui se sont déroulées tout au long de l'année 2016, et la communication du tableau de bord des indicateurs définis sur le parcours du patient : indicateurs d'activité, des questionnaires de sortie, de résultats d'audits (ex : sac d'urgence) et des EPP (chutes, surveillance de l'IMC, des escarres et patients traceurs réalisés plusieurs fois). Une autoévaluation de la thématique « parcours du patient » a été réalisée deux fois avec la grille de la HAS.

Le bilan des événements indésirables fait état des incidents déclarés en lien avec le parcours du patient (continuité, état, sorties, conflits). Un synthèse des CREX est réalisée.

Le tableau de bord des indicateurs est communiqué aux équipes et aux instances avec des résultats comparés sur les 3 précédentes années. Les indicateurs de la qualité et sécurité des soins sont mesurés.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été réalisées en lien avec le compte-qualité et le programme qualité et sécurité des soins institutionnel. Les améliorations observées au cours de l'année 2016 sont les suivantes :

- Risques suicidaire : réalisation d'un protocole et un paramétrage de traçabilité ;
- Rédaction d'un protocole de sorties exceptionnelles ;
- Amélioration sur le sac d'urgences et son contrôle ; mises en œuvre de formation aux gestes d'urgence ;
- Réactivation du CLAN (comité de liaison pour la l'alimentation et la nutrition) ;
- Programmes d'ETP en cours : « vivre et se construire après un AVC » et « vivre avec un risque de lésion cutanée ».
- Fascicule sur les troubles de la déglutition élaboré.

La communication des résultats et des actions d'amélioration réalisées est décidée par le comité de pilotage : affichage, et lettre mensuelle.

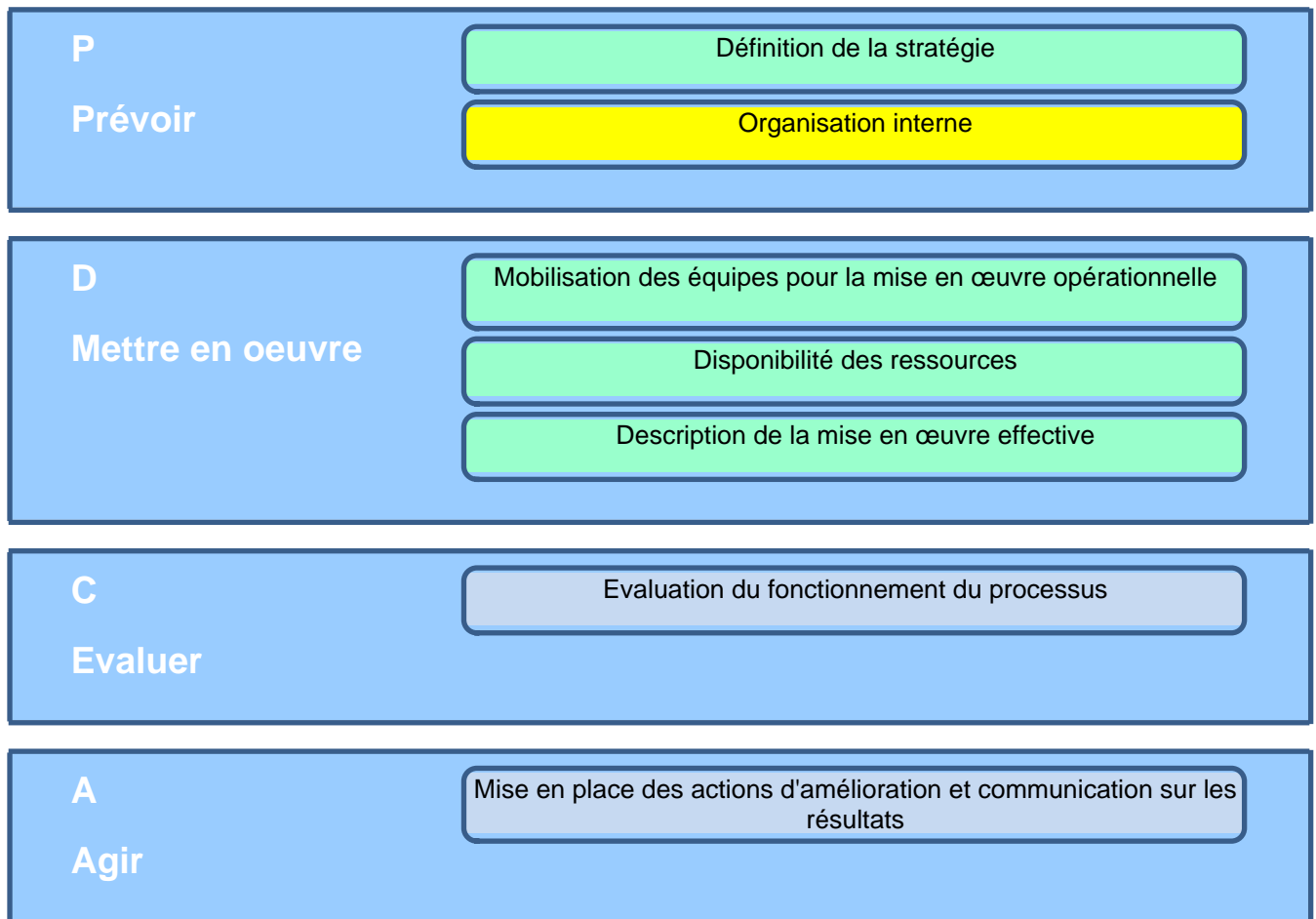
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Ce programme d'amélioration de la qualité institutionnel définit des actions sur la thématique "dossier du patient" avec les échéances et les pilotes.

Les risques prioritaires identifiés ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration intégrées au Compte Qualité. La priorisation est établie sur la base de la criticité nette des risques et de l'échéancier des actions d'amélioration associées.

Le programme d'actions spécifique à la thématique est formalisé et intégré dans le PAQSS institutionnel, qui est suivi en COPIL d'établissement. Il porte essentiellement sur le déploiement du nouveau dossier patient.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage de processus est défini dans un règlement intérieur du comité dossier patient et selon la fiche de mission du pilote de la thématique : la responsable des admissions est en charge du pilotage du processus associée au cadre de santé, est assistée d'un kinésithérapeute et de la RAQ. Le cadre de santé et le président de la CME réalise les activités en lien avec le PMSI.

L'information de l'accès du patient dans son dossier est transmise dans le livret d'accueil. L'organisation de cet accès du patient à son dossier repose sur une procédure formalisée.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Le dossier patient est entièrement informatisé. Le nouveau logiciel a été déployé en février 2016, il permet la gestion du dossier patient, l'enregistrement des données pour le PMSI et la facturation, la gestion des lits, la planification des séjours, des actes et des prescriptions et dispose pour chaque utilisateur d'une messagerie interne. Cependant les règles de gestion (tenue) du dossier patient ne sont pas à ce jour toutes entièrement formalisées et diffusées. Il existe des documents comme la prise des RdV, le remplissage du dossier en temps réel, l'accès du patient à son dossier, la gestion du dossier patient dématérialisé, la communication du dossier patient aux correspondants, mais les règles de responsabilités, de tenue, de confidentialité ne sont pas encore écrites compte tenu du fait que le logiciel a été changé en février 2016.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus (actions de communication, informations régulières).

Le cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Le parc informatique est en adéquation avec les besoins, l'établissement met à disposition des professionnels 17 licences pour 25 postes informatiques fixes ou mobiles avec un accès WIFI. La maintenance du logiciel et du matériel est contractualisée.

Des professionnels nommés, représentant les catégories professionnels, sont formés au paramétrage et à l'utilisation du logiciel. Des formations formalisées et non formalisées ont été menées auprès des professionnels utilisateurs.

Un guide d'utilisation du dossier patient informatisé est accessible dans le logiciel. Un extrait de ce guide est repris dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants. D'autres documents ont été rédigés mais pas encore intégrés dans la GED (guide rééducateur, documents format poche).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Un travail important d'adaptation du logiciel aux besoins des utilisateurs a été fait pour qu'il corresponde au mieux au fonctionnement et la prise en charge des patients

Le dossier patient est alimenté par tous les acteurs de soins (secrétaire médicales, médecin, IDE, kiné, ergo, AS,) comme l'ont confirmé les audits patient traceur.

Les documents papiers sont scannés dans le dossier, les bons de demandes d'examen sont informatisés et le logiciel est interfacé avec le logiciel du laboratoire qui transmet les résultats par voie informatique.

Une photo du patient prise à son admission scannée dans le dossier.

Une organisation est en place pour recueil de la personne de confiance, la secrétaire d'admission remet le formulaire au patient, le récupère une fois rempli et le scanne.

La démarche d'information du patient sur ses droits est effective par le livret d'accueil et le site internet.

Les demandes de transmission de dossier médical sont gérées par le service admission et le directeur adjoint, les délais sont conformes et présentés en CDU.

La transmission du dossier patient est gérée en conformité avec les délais requis.

L'archivage est organisé dans un local sécurisé mais qui ne respecte pas les normes de sécurité incendie Il n'a pas de porte coupe-feu, pas d'extincteur et ne dispose pas de détecteur d'incendie avec report d'alarme.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.

Cette évaluation repose sur des audits réalisés soit en lien avec la traçabilité des informations dans le dossier patient et concernent plusieurs thèmes (la traçabilité de la personne de confiance, celle de la gestion du traitement personnel des entrants, le chemin clinique des escarres, la douleur...) soit en lien avec l'utilisation de l'outil (adéquation des besoins en matériel informatique, vérification des droits d'accès, audit doublons et collision). Les IPAQSS ont été mesurés sur l'ancien dossier, un audit intermédiaire au recueil obligatoire est programmé.

L'évaluation de la thématique du dossier patient est synthétisée dans une revue de processus avec tableau de bord.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers.

Les actions d'amélioration mises en œuvre et suivies par les pilotes du processus ont permis le réajustement du paramétrage du logiciel (ajout d'onglet, information sur les fonctionnalités) et intégrées au PAQSS institutionnel. La communication est assurée sur les résultats par la cellule qualité via la messagerie et le bulletin mensuel, lors des réunions institutionnelles (CME et CDU), ainsi que lors des réunions d'encadrement.

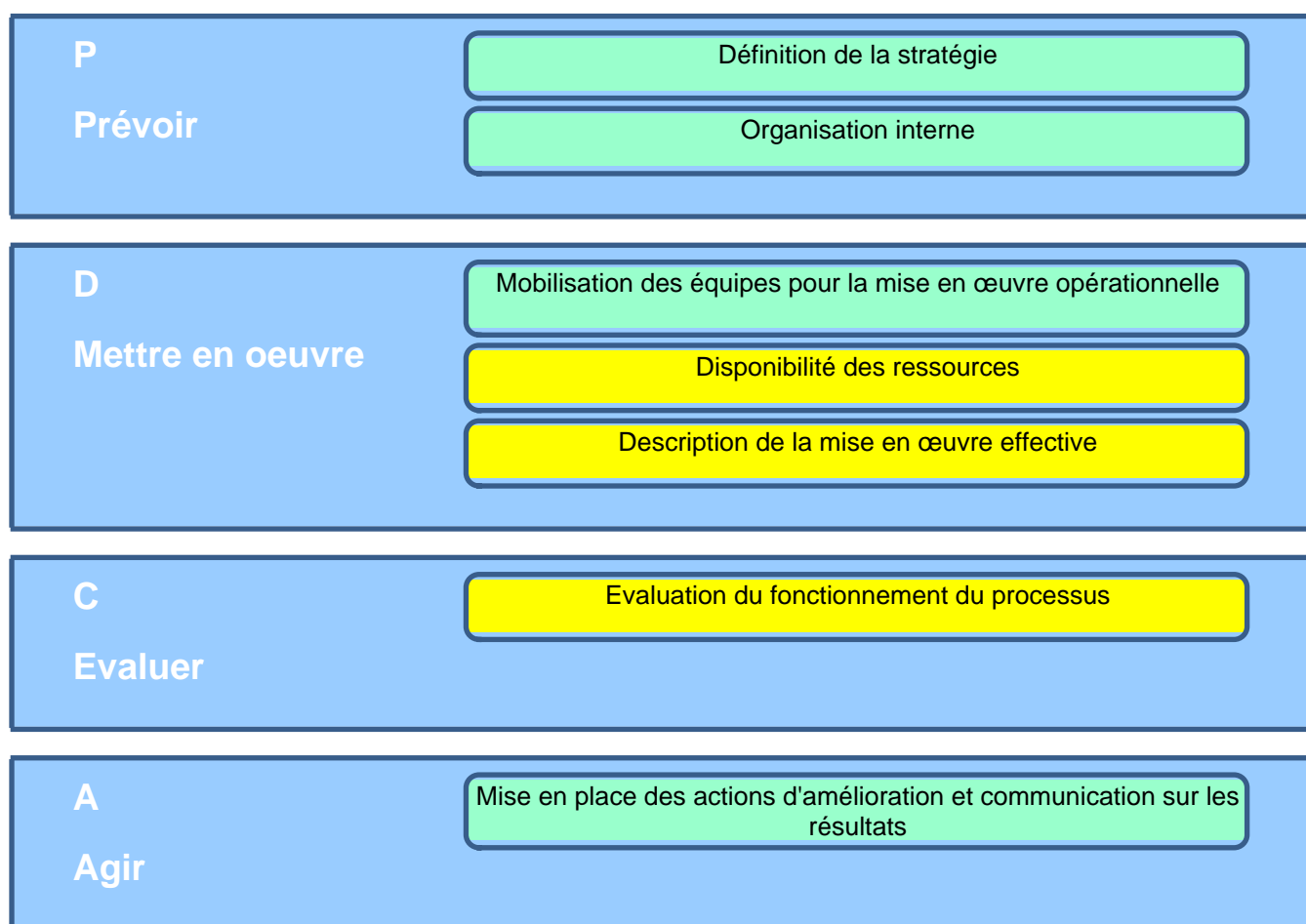
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec les dispositions spécifiques au sujet âgé est un axe de la politique générale et orientations stratégiques de l'établissement formalisée pour l'année 2016.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est défini en lien avec le SI, et son déploiement est engagé.

Une identification des risques liés à la prise en charge médicamenteuse a été réalisée dans le cadre d'un groupe de travail composé du pharmacien, de l'infirmier coordonnateur et d'une infirmière. Les données d'entrées pour évaluer les risques ont été la précédente cartographie des risques, les résultats de la V2010, les indicateurs et la grille préparatoire d'auto-évaluation de la HAS. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés et selon une méthodologie définie (échelle à 5 niveaux de la HAS). Le compte-qualité priorise cinq risques qui concernent le circuit. Les objectifs d'amélioration ont été déclinés dans le programme qualité et sécurité des soins institutionnel et est articulé avec le compte-qualité. Le programme définit les objectifs, les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi. Cette stratégie, validée par la CME-COMEDIMS et le comité de pilotage de la qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : les pilotes sont le pharmacien et l'infirmier coordonnateur. Leur mission de pilote sont formalisées. Les fiches de poste des pilotes sont également écrites. L'IDEC est le responsable du système management de la PECM.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Un comité des médicaments et dispositifs médicaux est organisé en même temps que la CME. Une Pharmacie à Usage Intérieur est installée dans l'établissement avec la présence d'un pharmacien à temps partiel. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est organisée sur toutes les étapes de la prescription à l'administration. Il existe un manuel assurance qualité avec des procédures et protocoles relatifs à toutes les étapes ainsi qu'un livret thérapeutique. Le dispositif de formation repose sur des journées régionales de formation pour le pharmacien, un programme de formation organisé pour les deux pilotes et des formations internes à l'attention des soignants.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Cette concertation est en premier lieu humaine avec, compte tenu de la taille de l'établissement, des échanges permanents entre les acteurs. Ensuite, le nouveau logiciel « Dossier patient informatisé » structure toute la prise en charge avec des systèmes d'alerte, de messagerie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à l'établissement ont été établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le groupe de travail s'est réuni régulièrement afin de mettre en œuvre le plan d'action du compte qualité. Deux EPP sont en cours : la première est médicale et évalue la qualité des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé en lien avec les recommandations de bonnes pratiques. La seconde EPP concerne l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse avec des audits portant sur les étapes du circuit. Avec ces audits, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Le pharmacien consulte les demandes d'admission sur le logiciel TRAJECTOIRE et anticipe les besoins d'approvisionnement. Il arrive qu'il ait un lien direct avec l'établissement adresseur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont mobilisées. La sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses a concerné les aides-soignants de l'établissement avec des actions internes mises en œuvre par l'IDEC. Le pharmacien a participé à la journée régionale de l'OMDEDIT. Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuses ont été réalisées en interne pour les aides-soignantes toutefois, ces actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuses n'ont pas été menées avec les infirmières actuellement présentes dans l'établissement au moment de la visite.

Des nouvelles ressources matérielles ont été investies avec l'achat de nouvelles armoires à pharmacie

installées dans l'infirmierie ainsi qu'un chariot de distribution des médicaments.
La documentation du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse est accessible pour les professionnels. Il existe un livret thérapeutique révisé chaque année en COMEDIMS. Les compte-rendu du COMEDIMS sont diffusés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel est réalisée par le pharmacien qui intervient quotidiennement, tous les après-midis dans l'établissement). L'outil informatique utilise des codes couleur pour informer les médecins de la validation des prescriptions ou des risques d'interactions médicamenteuses. La dispensation est réalisée par le pharmacien, sous forme de distribution nominative individuelle et bimensuelle. Les ajustements sont réalisés selon les besoins. Les stocks individuels des médicaments des patients sont conservés dans l'infirmierie, dans les casiers sécurisés et nominatifs prévus à cet effet.

Les prescriptions sont informatisées et les règles sont diffusées (2 praticiens prescripteurs et des médecins qui participent aux astreintes).

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus avec des modalités établies : procédure "règles circuit du médicament ».

L'organisation de la permanence pharmaceutique est assurée : la PUI est fermée par digicode et alarme. Seul, le pharmacien est autorisé à y entrer. Il existe une dotation pour besoins urgents, formalisée et validée, et détenue dans une armoire sécurisée ; elle est approvisionnée toutes les semaines. Une convention avec le centre hospitalier local permet de se dépanner si besoin. Le pharmacien travaille dans cet établissement tous les matins.

Le respect des règles de gestion et de rangement des médicaments à la PUI est assuré bien que la dimension des locaux soit peu appropriée au stockage quand la PUI est fermée (placards annexes) ainsi qu'au dé-cartonnage. En interne, le transport des médicaments est assuré par le pharmacien. Le stockage des médicaments dans l'infirmierie a été amélioré avec l'achat de nouvelles armoires sécurisées. Les médicaments à risque ont été identifiés et le stockage de l'armoire de l'infirmierie y fait référence. La chaîne du froid est garantie et conforme.

Les règles d'administrations mettent en œuvre un circuit associant les deux IDE (présentes en semaine) en salle à manger et les aides-soignants (es) dans les chambres. Le contrôle et la traçabilité sont réalisés directement sur l'outil informatique.

Néanmoins, les règles d'administration des médicaments mises en œuvre dans l'établissement ne sont pas conformes à la réglementation. Les aides-soignants (es) participent à l'administration des médicaments sous la responsabilité de l'infirmière. L'administration est assurée par les aides-soignants dans les chambres des patients, sous la responsabilité des infirmières. Les médicaments à administrer sont insérés dans des sachets individuels identifiés au nom du patient puis déposés sur les plateaux repas (également identifiés). Cette pratique ne permet pas d'assurer la surveillance et la communication médicamenteuse avant l'administration. La traçabilité est réalisée par les IDE. En outre, les plateaux repas sont entreposés dans le couloir attenant à la cuisine dans l'attente d'être emportés par les aides-soignants, ce qui laisse des médicaments accessibles dans le couloir. Cette pratique n'est pas réglementaire ben secteur sanitaire. Le circuit des stupéfiant est opérationnel avec registres, stockages et contrôles réglementaires.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée. Il existe un document d'information dans le livret d'accueil. Le médecin informe chaque patient au moment de sa sortie par une remise en mains propres de sa prescription de sortie. Le pharmacien intervient auprès de certains patients si besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : Un recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé, un bilan des FEI est présenté annuellement. Toutefois, l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés n'est pas réalisée. Il n'y a pas eu d'analyse approfondie ou de retour d'expérience sur les erreurs médicamenteuses en 2016 qui associent les professionnels concernés.

L'établissement suit les consommations de certains traitements (antibiotiques, antalgiques). L'EPP sur la iatrogénie médicamenteuse évalue l'évolution des prescriptions entre l'entrée et la sortie du patient. L'EPP sur le circuit du médicament réalise des audits de péremption, de tenue des armoires, de contrôle du chariot d'urgence, du nombre de professionnels formés. Il existe un tableau de bord des indicateurs en lien avec la thématique "Prise En Charge Médicamenteuse". Le COMEDIMS se réunit 3 fois par an, dans le cadre des rencontres de la CME. Les compte-rendu sont réalisés et communiqués.

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

Des actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel qui a été réactualisé ainsi que le compte-qualité :

- Achats d'armoires à pharmacie et chariot de distribution des médicaments ;
- Identification des médicaments à risque;
- Amélioration de la dotation et du contrôle du sac d'urgence.

Les actions menées font l'objet d'une communication avec le petit journal mensuel et la messagerie interne du logiciel « dossier patient informatisé ».