



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION
FONCTIONNELLE ET
CARDIAQUE LA LANDE**

**59 route de saint astier
24430 Annesse Et Beaulieu
OCTOBRE 2015**

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
PROGRAMME DE VISITE	7
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	7
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	7
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	8
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	9
DROITS DES PATIENTS	13
PARCOURS DU PATIENT	17
DOSSIER PATIENT	22
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	26
ANNEXE	30

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction à 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.
Source	Audit de processus ou patient-traceur.

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 REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE ET CARDIAQUE LA LANDE	
Adresse	59 route de saint astier 24430 Annesse Et Beaulieu
Département / région	DORDOGNE / AQUITAINE
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	240003251	SA PERIGORD REEDUCATION	59 route de saint astier 24430 Annesse-Et-Beaulieu
Etablissement de santé	240002402	CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE ET CARDIAQUE LA LANDE	59 route de saint astier 24430 Annesse Et Beaulieu

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de places d'HAD
SSR	SSR	96	/	/	/	/

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

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

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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 recommandation d'amélioration (B),

2. Avis prononcés sur les thématiques

RECOMMANDATION D'AMÉLIORATION

- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	SSR HC : médecine physique et de rééducation polyvalente	A déterminer par coordo et EV	Programmé	Venant ou allant dans un ES en coopération avec CR	SSR
2	Adulte	SSR HC : réadaptation cardio-vasculaire	A déterminer par coordo et EV	Programmé		SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

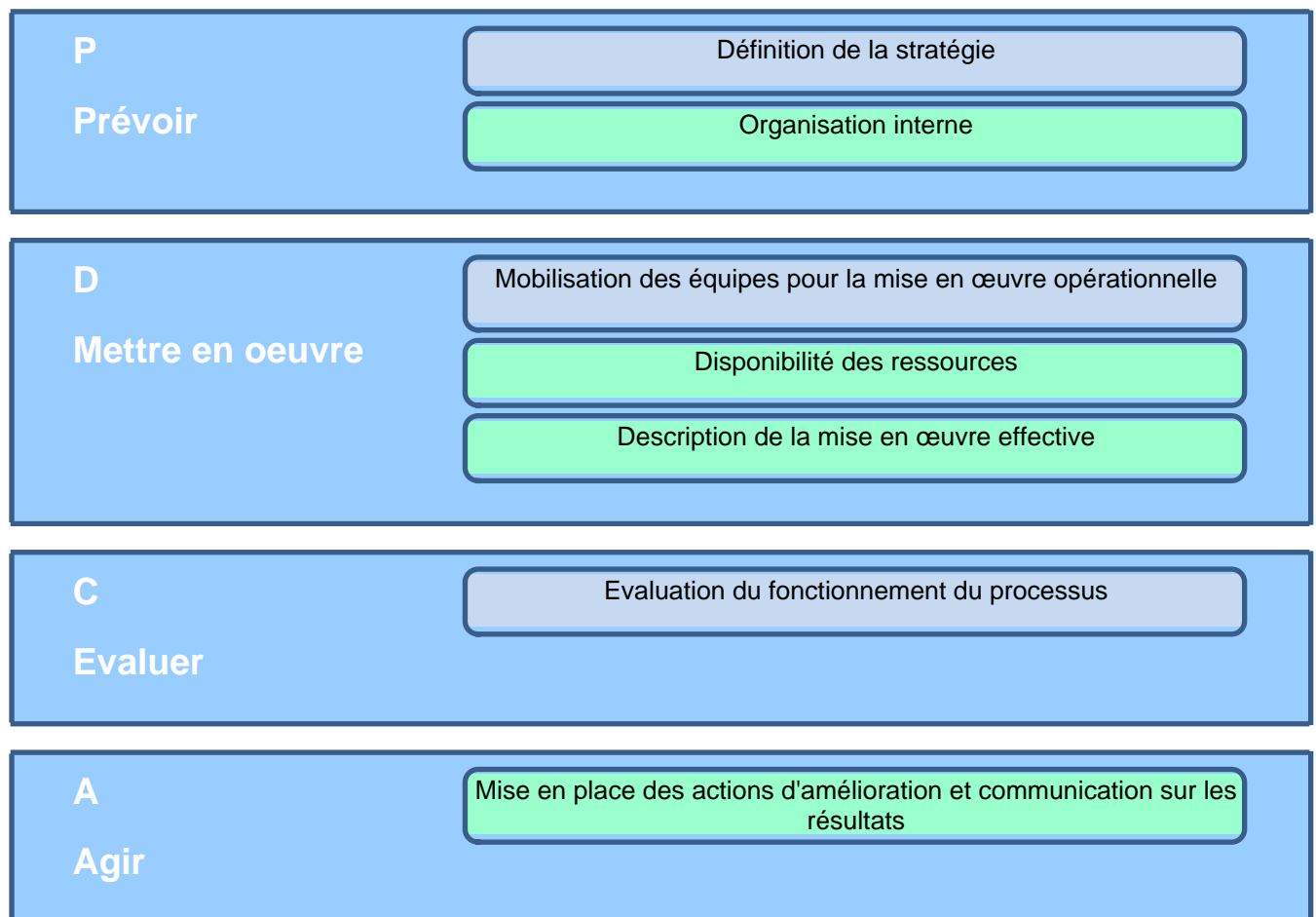
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique formalisée dans le projet d'établissement 2010-2015. Cette politique a été réactualisée en termes d'objectifs en lien avec la mise en œuvre du compte qualité et de l'approche par processus. Elle est définie sur la base d'une identification des besoins et la hiérarchisation des risques identifiés au sein du compte qualité, de la cartographie des risques et des nouvelles approches méthodologiques HAS. Les sources de données utilisées par l'établissement sont le compte qualité, le document unique, la cartographie des risques, l'analyse des événements indésirables. Les objectifs fixés dans le cadre de cette politique portent sur l'organisation de la gestion des événements indésirables, sur la promotion de la culture de l'évaluation en interne et en externe à destination des usagers et des correspondants externes, la gestion de crise dans le cadre de la réactualisation du plan blanc. Cette politique est validée par l'instance concernée le COPIVIRIS et les instances du personnel. Elle est déclinée dans le cadre du programme d'actions unique : le PAQSS. Ce plan global regroupe l'ensemble des plans d'actions; avec un pilote identifié par processus, un échéancier, un état de l'avancement et des modalités de suivi par plan d'action.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il existe un organigramme de la qualité et de la gestion des risques associée aux soins. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins, définie dans la fiche de fonctions, est assurée par la Responsable Qualité (0,50ETP). L'instance en charge du processus est le COPIVIRIS, composé de l'Adjoint de direction, des Responsables des instances et vigilances et de la Responsable qualité. Les rôles et responsabilités des membres de cette instance sont formalisés dans leurs fiches de fonctions. L'établissement prévoit les ressources humaines et compétences au niveau de la constitution du COPIVIRIS. Les besoins en formation sont assurés sur l'utilisation de l'outil de signalement, sur l'élaboration et l'actualisation de la cartographie des risques, sur l'analyse des risques a priori et à posteriori, sur l'analyse des causes y compris les causes profondes des événements indésirables graves par CREX. Les documents utiles sont regroupés et accessibles dans des classeurs par métiers et par processus, dans les permanences de soins. Les professionnels ont accès à la messagerie et à l'Intranet. La gestion des interfaces est organisée par la Responsable qualité, l'Adjoint de direction, les Coordonnatrices et le PDG.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action définis dans le cadre du PAQSS global, la gestion des risques étant un des axes prioritaires de ce plan. Les Coordonnatrices sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus au cours de réunions régulières de transmissions, de synthèses et au cas par cas en fonction de la demande des professionnels. Les résultats sont communiqués lors de ses réunions. Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors de l'analyse des signalements d'événements indésirables et du retour au déclarant ainsi que dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation. Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin. Il existe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité, d'analyse des événements indésirables dans le cadre des divers groupes de travail et instances. Les points critiques à risque du processus sont la prise en charge médicamenteuse, les urgences vitales et la sécurité incendie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences répondent au niveau du plateau technique aux agréments SSR locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, endocrinien/métabolique et polyvalent. Les effectifs correspondent aux ratios préconisés. Les formations sont définies dans le cadre du plan de formation annuel, validé en CME en fonction des orientations stratégiques et de l'analyse des risques professionnels (manutention, PRAP, plaies et cicatrifications, erreurs médicamenteuses, formations diplômantes, DU, Infirmière pour les Aides soignantes). L'établissement dispose de balnéothérapie identifié comme secteur à risque en termes de circuit, de sécurité des patients, de maîtrise du risque infectieux ; de matériels spécifiques de rééducation. La documentation dans les classeurs est accessible au niveau des permanences de soins, actualisée par la Responsable Qualité et connue des utilisateurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

interne. Les interfaces entre services sont opérationnelles et organisées par les Coordonnatrices, la Responsable qualité et l'Adjoint de Direction. Les professionnels connaissent la politique de l'établissement, les axes du PAQSS et participent à l'élaboration des procédures dans le cadre des groupes de travail et des démarches EPP. La traçabilité est assurée et effective, à partir des fiches d'évènements indésirables, des fiches de déclaration d'erreurs médicamenteuses, des résultats des questionnaires de satisfaction, des comptes rendus de retours d'expérience CREX, du document unique réactualisé régulièrement, de l'existence du plan blanc, de la gestion de situation de crise.

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 : évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRUQPEC ; du système de management de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins à partir des tableaux de bord des indicateurs ; du suivi et des résultats du PAQSS et du CQ, du DU, de la cartographie des risques. La qualité et l'efficacité du processus sont évaluées en continu par la Responsable Qualité et les membres du COPIVIRIS, à partir des évaluations réalisées par les pilotes des différents processus et lors des réunions régulières des instances et conduisent à la mise en place d'actions correctives intégrées au PAQSS et au CQ.

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. Les délais de mise en œuvre sont revus et réajustés si nécessaire en COPIVIRIS. La communication des résultats est réalisée, en interne à partir des classeurs de gestion documentaire, de l'affichage, de la messagerie 4D, de l'Intranet et en externe, auprès des usagers lors des réunions de la CRUQPEC et dans le rapport annuel de cette instance. Le PAQSS est porté à la connaissance des professionnels et la communication sur les états d'avancement est assurée lors des réunions institutionnelles, par voie d'affichage, par le biais du classeur d'informations.

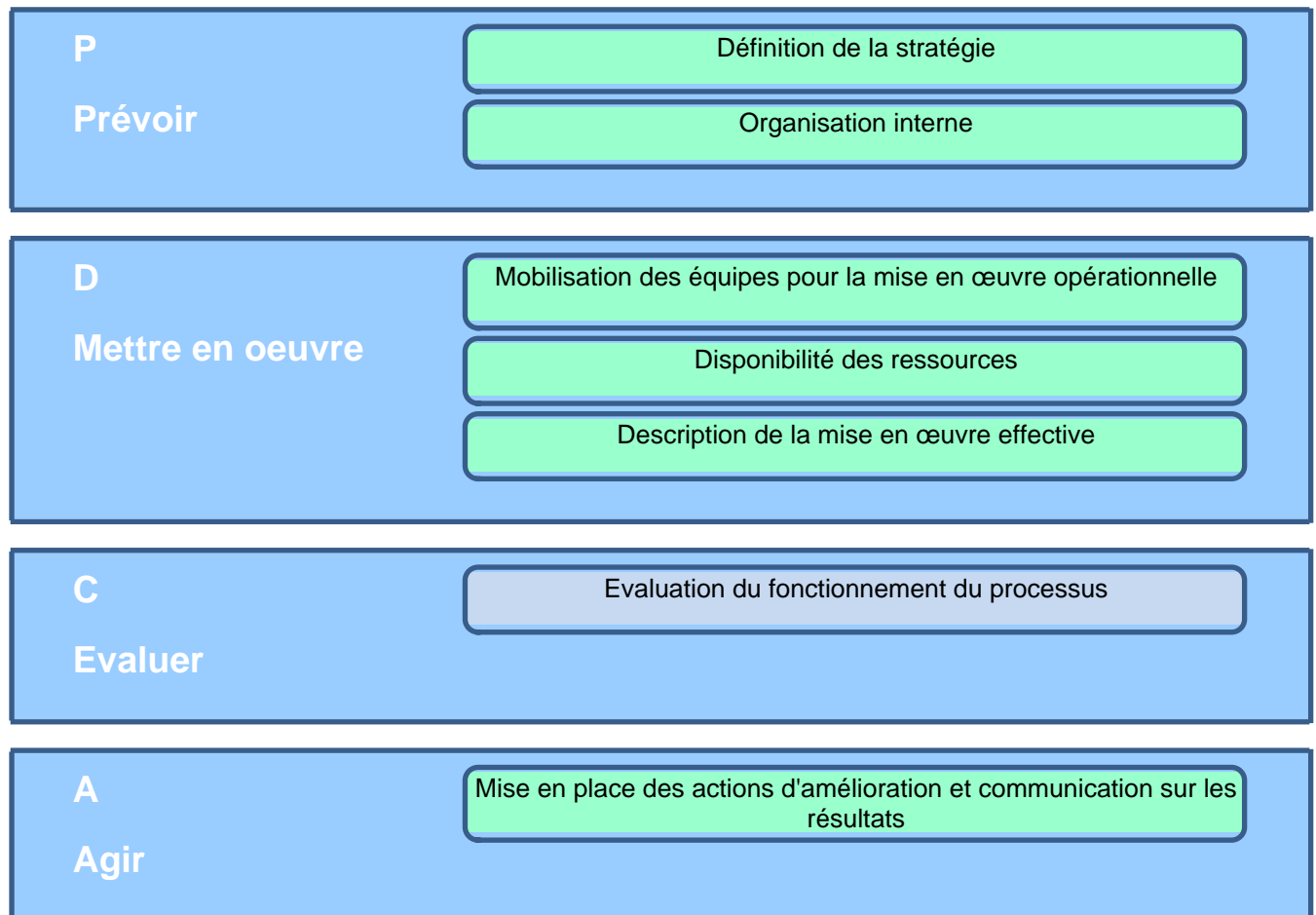
DROITS DES PATIENTS

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

La politique de prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont inscrites dans un chapitre du projet d'établissement 2010-2015. La politique de bientraitance a été validée dans le cadre de la validation du projet d'établissement. Les objectifs sont déclinés dans le plan d'action spécifique Droits des patients, intégré au PAQSS et dans le compte qualité en matière d'identification des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, à partir de la CRUQPEC en place. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le règlement intérieur de cette instance. Dans le cadre de la CRUQPEC, l'établissement prévoit les ressources humaines conformément aux dispositions règlementaires : le PDG chargé des relations avec les usagers, la présence des Représentants des usagers, la présence de médiateur médical et non médical, l'Assistante sociale. Des formations ont été réalisées dans le cadre du plan de formation 2014 (Estime de soi et handicap, l'attitude de l'aide soignante face au patient, écoute sensitive et en profondeur) et des sensibilisations sont réalisées par les Coordonnatrices. Au niveau documentaire, le circuit et traitement des plaintes est formalisé. Il existe un registre des plaintes, le document de conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance, des recommandations internes sur les droits des patients, la plaquette d'information sur le traitement patient. La gestion des interfaces est organisée par les médecins, les Coordonnatrices, la Responsable qualité en lien avec la Direction et la CRUQPEC.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle et sensibilise les professionnels, au cours des réunions régulières de transmissions, de synthèses et au cas par cas lors de la déclaration d'événements indésirables. Les Coordonnatrices et les Médecins s'assurent de la conformité des pratiques et du respect des procédures et conduites à tenir, sur le respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité, de l'information du patient et de son entourage, le projet thérapeutique. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, lors de dysfonctionnements et en fonction des résultats des questionnaires de satisfaction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences permettent de répondre aux besoins et attentes des patients et de leur entourage, en termes de prise en charge (Neuropsychologue, Psychomotricien, Professeurs APA, programme d'éducation thérapeutique) et d'accompagnement, de recherche de confort et de bien être. Les ressources matérielles répondent aux différentes pathologies accueillies (parcours de marche pour les patients en cardiologie, aménagement de la salle de repas, organisation d'un self thérapeutique pour les patients). Dans les services, les procédures sont disponibles et réactualisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La participation du patient et si nécessaire de l'entourage à son projet thérapeutique est recherchée par les médecins et les professionnels. Les patients sont informés de leurs droits par le Livret d'accueil, la Charte du patient hospitalisé ainsi que de l'existence de la CRUQPEC (rapport annuel affiché). Il existe une disponibilité des professionnels par rapport aux demandes des patients. Les soins sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les professionnels suivent des modes opératoires définis dans le cadre du respect de l'intimité à observer pour les toilettes dans les chambres à 2 lits. Les conduites à tenir visant la prévention de la maltraitance sont connues des professionnels. Les modalités de partage des informations relatives au patient sont assurées dans le respect de la confidentialité. Les professionnels mettent en œuvre, si nécessaire la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins. Les représentants des usagers ont accès aux lettres de plaintes et réclamations. Les interfaces entre services sont opérationnelles et organisées par les Médecins et les Coordonnatrices. La traçabilité du recueil de la personne de confiance, de l'évaluation de la douleur est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre à partir de l'analyse des questionnaires de satisfaction patient, portant en matière de droits des patients sur le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité et sur l'information donnée au cours du séjour, sur l'état de santé, sur les traitements et examens prescrits et sur l'organisation de la sortie. Cette évaluation est organisée et structurée, assortie d'indicateurs, dans le cadre du rapport annuel d'activité et du rapport de la CRUQPEC. En fonction des résultats, des actions sont mises en œuvre et intégrées au PAQSS.

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 global, porté à la connaissance des professionnels par messagerie et dans les classeurs qualité et aux représentants des usagers dans le cadre de la CRUQPEC. La communication des résultats est réalisée dans le rapport annuel de la CRUQPEC.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

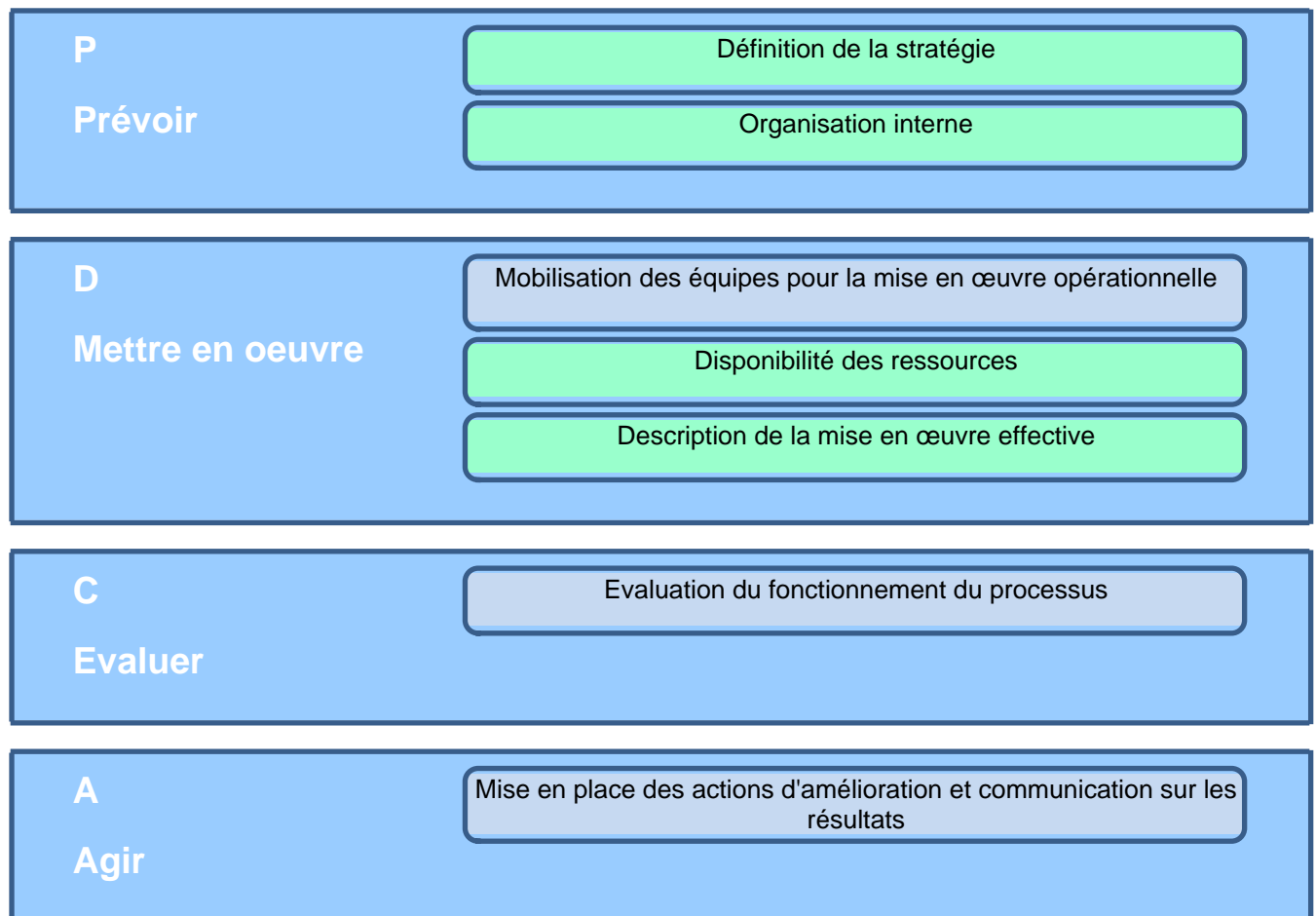
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations et la politique de l'établissement, en collaboration avec la CME, sont élaborées dans le projet d'établissement sur la base d'une identification des risques (recensement des activités prioritaires, typologie des patients, adaptabilité au projet thérapeutique du patient). Un logigramme "Organisation de la prise en charge globale d'un patient" complète cette politique et l'organisation de ce processus. Cette politique comporte un état des lieux et des perspectives d'avenir, des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques qui sont adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'aux spécificités de l'établissement et à la population de patients qui y sont pris en charge. Ces objectifs d'amélioration sont intégrés au niveau du PAQSS et du compte qualité. Ces documents ont été validés par les instances et en particulier la CME et l'ensemble de l'encadrement. Une stratégie de pertinence des hospitalisations a été mise en place (en rapport avec une démarche d'EPP clôturée).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus, en particulier dans le projet médical et le logigramme de prise en charge du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Le médecin chef assure la coordination du processus sous l'égide de la CME. Une commission des entrées assure la régulation et la planification des hospitalisations. Au regard des besoins des différentes prises en charge et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines en terme d'effectif et de formation (en accord avec le coordonnateur du processus). Les locaux sont adaptés à l'accueil des personnes atteintes de handicap. Les équipements et leur maintenance (et en particulier les différents plateaux techniques) ainsi que l'organisation documentaire nécessaires sont en place. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus analysé. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité médicaux et techniques (dossier patient partagé, réunions journalières de service pluriprofessionnelles et staffs de synthèse hebdomadaires). La communication externe est également favorisée en particulier par l'envoi du compte rendu d'entrée (incluant le projet thérapeutique du patient) à l'ensemble des correspondants et professionnels de santé d'amont ou d'aval.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu du contexte, des risques et besoins identifiés par l'établissement, le management des secteurs administratif, médical, soignant et technique organise la déclinaison de la démarche institutionnelle au moyen d'objectifs et de plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison se fait par une concertation qui favorise l'implication des équipes sur le terrain.

Le management ou les responsables d'encadrement s'assurent de la conformité de ces pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le recueil des événements indésirables est organisé et effectif. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin et en particulier lors de dysfonctionnements (prise en charge du risque de chute, formations et révision des protocoles concernant l'urgence vitale) ou de baisse des résultats des indicateurs (Protocole escarre et suivi périodique de l'indicateur, amélioration de la traçabilité des indicateurs, validation des programmes ETP). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (quantitatives et qualitatives), matériel et documentation sont disponibles et accessibles dans les secteurs d'activité de soins et techniques. Des formations spécifiques sont mises en place selon les besoins. Une gestion documentaire est disponible pour assurer le respect et l'harmonisation des pratiques sous la direction du responsable qualité et GDR. Concernant les différents plateaux techniques et le secteur à risque de balnéothérapie, leurs fonctionnements et organisation sont adaptés aux différents types de population accueillie en respectant les règles de sécurité pour chaque type de prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Le projet thérapeutique personnalisé et concerté avec le patient et son entourage a fait l'objet d'une amélioration de sa traçabilité. Il est élaboré et réajusté par une équipe pluriprofessionnelle qui se réunit périodiquement et qui assure le partage des informations et leur traçabilité par l'intermédiaire du dossier patient informatisé. Ces moyens permettent de garantir une

permanence des soins et une prise en charge effective du patient selon sa pathologie suite à une évaluation initiale de son état, réajustée si besoin au cours du séjour ainsi que la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique. Le risque suicidaire est apprécié dès l'entrée du patient et des mesures adéquates sont prises en cas de besoin (suivi psychologique, consultation spécialisée...). Ce que confirment les investigations réalisées auprès des patients traceurs et les données consultées dans les dossiers de ces patients traceurs. Le dépistage des troubles nutritionnels est assuré et les constantes tracées dans le dossier patient. Il en est de même de la douleur. Suite aux objectifs définis, les documents concernant la préparation de la sortie du patient permettent d'assurer une continuité des soins effective ainsi que la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Les interfaces entre secteurs de soins et médicotechniques sont opérationnelles. La culture déclarative des événements indésirables est effective ainsi que l'analyse des causes. Des circuits de déclaration spécifique pour les chutes et la iatrogénie médicamenteuse sont mis en œuvre. L'organisation, la formation, le matériel et les compétences sont effectifs pour assurer la prise en charge des urgences vitales. Par ailleurs la permanence des soins est assurée par une garde médicale sur place et par une astreinte cardiologique 7 jours sur 7 et 24h/24. La maîtrise des risques environnementaux est assurée en particulier dans le secteur de balnéothérapie (carnet sanitaire de l'eau). Les démarches d'ETP sont proposées et assurées avec l'ensemble des professionnels concernés après acceptation du patient. Les démarches d'EPP ont abouti à des actions d'amélioration des pratiques et de nouvelles démarches sont en cours ou en projet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés. Ces sources d'évaluation quantitatives et qualitatives reposent sur des enquêtes de satisfaction, des audits (délai d'attente aux admissions, délai d'envoi des comptes rendus d'entrée et de sortie, délai de réponse aux appels des patients, respect de la confidentialité lors des toilettes), des démarches d'EPP, des indicateurs (nationaux, régionaux ou internes à l'établissement), des analyses de risques et/ou de dysfonctionnements donnant lieu à des plans d'actions spécifiques si besoin. Les données PMSI d'activité, de provenance des patients, le nombre d'admissions effectives et potentielles sont également recueillis dans le cadre du processus d'accueil et d'admission des patients. Ces évaluations sont planifiées et donnent lieu à des actions d'amélioration, intégrées au PAQSS.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et le compte qualité. Ces actions d'amélioration sont révisées au niveau stratégique par la direction et/ou les instances décisionnelles (CME en particulier) de manière périodique et en collaboration avec le département qualité et l'ensemble des responsables de secteurs. La gestion des risques et les différentes actions d'améliorations menées sont suivies par le COPIVIRIS de manière plus spécifique. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers. Les résultats sont communiqués aux professionnels par diffusion des comptes rendus des instances (classeur information), par affichage et messagerie interne au logiciel 4D, par la tenue de réunions de services et des réunions hebdomadaires de synthèse.

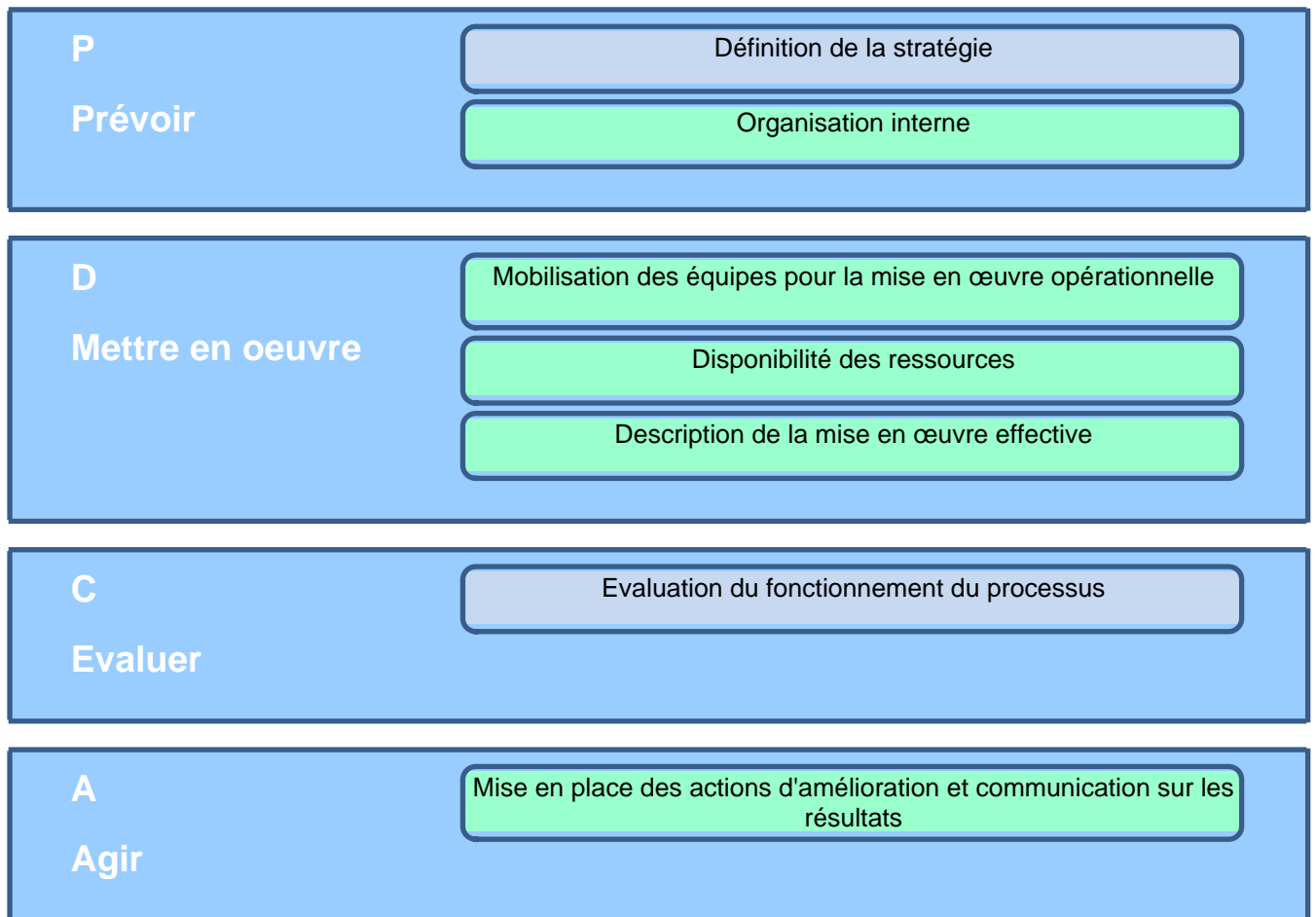
DOSSIER PATIENT

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

La politique sur le dossier patient, que ce soit pour le dossier papier ou le dossier informatisé est déclinée dans un chapitre du projet d'établissement 2010-2015. L'identification des besoins, l'analyse des risques sont pris en compte au niveau des différentes procédures sur les règles de tenue du dossier papier et du dossier informatisé, sur les règles d'accès au dossier informatisé, sur les conditions d'archivage et sur l'accès du patient à son dossier. Le risque majeur identifié est la sécurisation du dossier patient informatisé en lien avec la sécurisation du système d'information. L'objectif stratégique par rapport à ce processus est l'homogénéisation au niveau des pratiques des professionnels et l'évaluation de la sécurité du dossier patient. Ces deux objectifs sont intégrés au niveau du PAQSS en termes de plans d'actions. Cette politique, est validée par la CME, révisée lors des réunions de cette instance. Les objectifs sont fixés en fonction des résultats de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier patient". Ils sont déclinés dans le PAQSS global, en objectifs opérationnels par processus. Pour chaque processus, un pilote est identifié ; figurent également dans le PAQSS la désignation des actions, la date de début et fin, l'état d'avancement par code couleur, le report, les modalités de suivi et les commentaires.

ORGANISATION INTERNE

La CME est impliquée dans la politique du dossier patient et dans sa mise en œuvre. Le Médecin Chef- Médecin DIM est le Référent du dossier patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le règlement de fonctionnement de la CME. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier sont définies en fonction de leur profil métier. L'établissement prévoit les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences, de formation lors des évolutions de l'application dossier patient, matérielles (local spécifique serveur, clients légers pour les utilisateurs, mise en place d'un PRA, sécurisation des dossiers dans les postes de soins) et documentaires (classiers de procédures et protocoles dans les postes de soins; utilisation de supports de traçabilité spécifiques pour les ergothérapeutes le psychomotricien et le neuropsychologue). Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le biais du livret d'accueil, de la charte du patient hospitalisé et lors de l'accueil du patient par l'infirmière. Le dossier informatisé permet d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge. La gestion des interfaces pour faciliter la continuité des soins entre professionnels et entre services est assurée par les Médecins et les Coordonnatrices de soins.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les Médecins et les Coordonnatrices sensibilisent les professionnels sur les enjeux de la démarche concernant le processus dossier patient, au cours des réunions d'équipe suite aux dysfonctionnements signalés ainsi que sur le plan d'actions spécifique. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions en place sur la tenue du dossier et la traçabilité des données. Des actions correctives sont identifiées suite au signalement d'événements indésirables, à l'analyse des risques identifiés et aux résultats de l'indicateur IPAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles en fonction de l'organisation des services et de la population accueillie. Les remplaçants ont à leur disposition un Guide de saisie informatique. Les documents utiles sont disponibles et accessibles par les utilisateurs dans des classeurs par métiers et par processus. Le logiciel dossier patient en place évolue avec les pratiques (déclarations de chutes). Le local d'archivage permet d'assurer la conservation et le stockage des dossiers conformément aux normes de sécurité. Il existe un PRA et une procédure dégradée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile, à l'exception de la prise en charge médicamenteuse. Les éléments retrouvés dans le dossier sont les informations administratives, les coordonnées du médecin a dresseur et traitant, le motif d'hospitalisation, les antécédents et facteurs de risques, l'observation médicale initiale et les conclusions et les bilans pluridisciplinaires, le recueil de données infirmière, le projet de soins, les informations relatives au séjour et à la réévaluation du projet thérapeutique, les informations sur la sortie. La communication du dossier en cas de transfert du patient est assurée en temps utile, à partir des éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus. Il a participé à l'expérimentation IPAQSS. Cette évaluation est menée dans le cadre de la poursuite du recueil de l'indicateur Tenue du dossier, de l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique, de l'efficacité des thésaurus mis en place pour la saisie du PMSI. Tous ces indicateurs sont regroupés au niveau de tableaux de bord et leur suivi est assuré régulièrement par la Responsable qualité gestion des risques Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Toutes ces évaluations conduisent à des actions d'amélioration intégrées au plan d'action du processus.

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. Le programme d'amélioration associé est suivi et réajusté en fonction des résultats des indicateurs nationaux, des résultats des audits. La coordination est assurée par la Responsable qualité gestion des risques et Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne par affichage, dans les classeurs auprès des professionnels et dans le cadre de la CRUQPEC auprès des usagers.

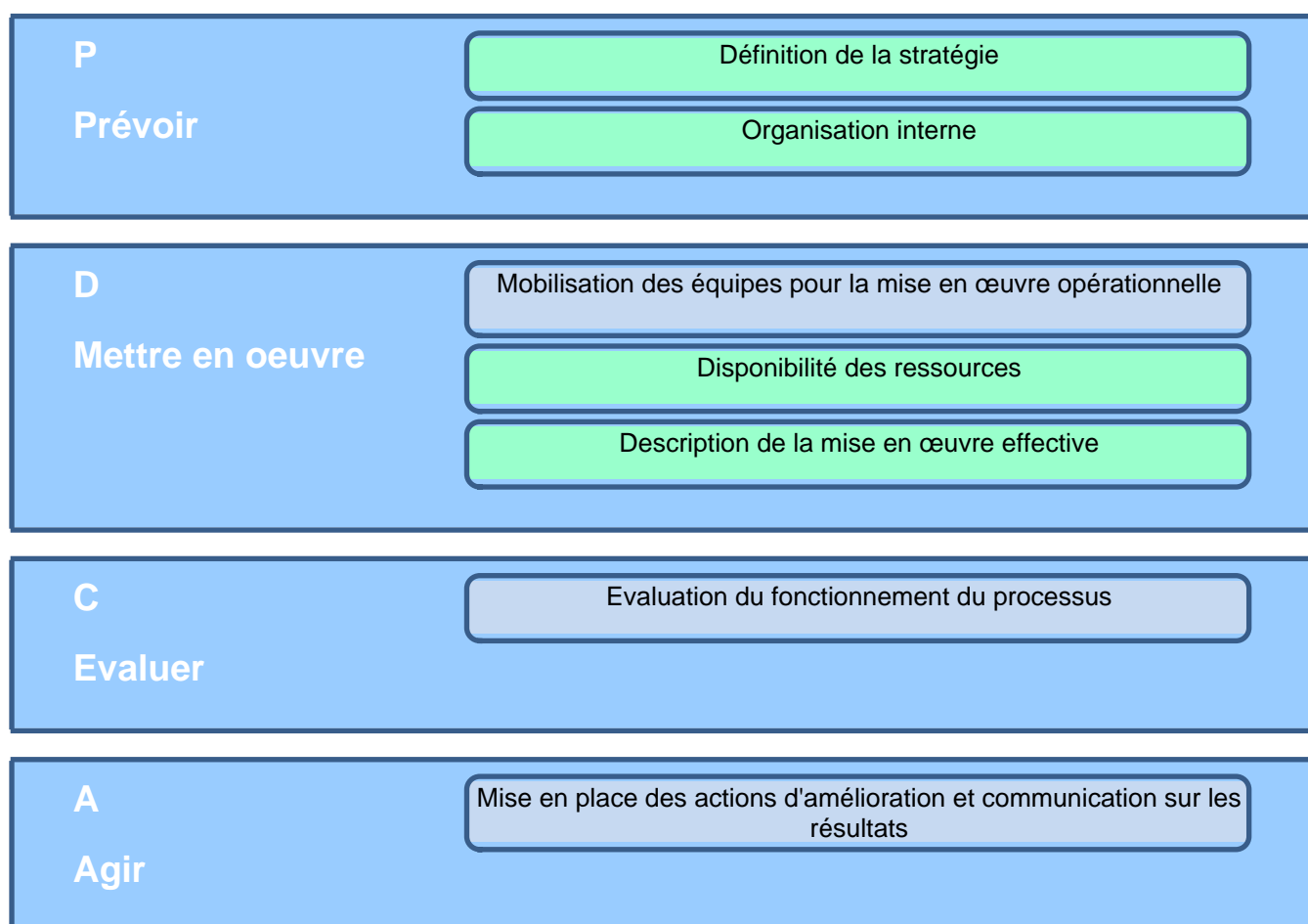
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, élaborée à partir de la politique générale de la qualité et de la gestion des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Cette politique décline l'organisation, le plan d'action issues des différentes sources de risques, le circuit du médicament et les vigilances, la lutte contre la iatrogénie, l'information et l'éducation du patient et le bon usage des médicaments (antibiotiques). Cette politique prend également en compte les patients à risque et plus particulièrement les personnes âgées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée sur l'ensemble de l'établissement avec le projet d'assurer la traçabilité en temps réel de l'administration (en cours de déploiement). L'informatisation du circuit du médicament au stade de l'administration du médicament en temps réel est récente et en cours de mise en place (semaine de la visite de certification). L'analyse des risques à priori du circuit des médicaments est réalisée périodiquement ainsi que l'analyse à posteriori à partir du recueil des Fiches de signalement des erreurs médicamenteuses gérées en CREX et COMEDIMS. Le plan d'actions qualité et gestion des risques intègre les actions issues de l'analyse des risques de l'établissement. Leur suivi est réalisé périodiquement à l'aide d'indicateurs spécifiques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La CME a désigné un RSMQ en la personne du pharmacien de l'établissement. Une fiche de mission est rédigée. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés (et en particulier la iatrogénie médicamenteuse). La gestion des interfaces est favorisée par la contiguïté du département de la Pharmacie avec les secteurs de soins. Le circuit du médicament est informatisé dans son ensemble à partir du dossier patient informatisé accessible à partir des postes de soins de tous les secteurs d'activité. Les protocoles médicamenteux sont accessibles à tous les professionnels concernés.

La cartographie des risques médicamenteux et le plan d'actions sont opérationnels. L'établissement a mis en place des démarches d'EPP (dont la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé depuis 2012). Des actions de sensibilisation sont menées par la COMEDIMS sur les nouveaux médicaments et protocoles mis en place (fonctionnement effectif). Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à disposition des professionnels.

L'accès à la pharmacie est autorisé à des personnes non habilitées. Compte tenu de la présence à temps partiel du pharmacien (80% ETP), une procédure validée par l'établissement prévoit la possibilité d'ouverture de la PUI (hors des horaires d'ouverture) par le médecin de garde (si le médicament n'est pas disponible dans l'établissement ou dans le traitement personnel du patient).

L'établissement a mesuré ce risque puisque dans le cadre de l'inspection ARS concernant l'arrêté de pharmacie à usage intérieur, le pharmacien inspecteur a validé ces modalités lors de la visite de l'établissement contigu "SARL Verger des Balans" dépendant comme le CRFC LA LANDE de la même PUI géré par le même pharmacien.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le responsable de la prise en charge médicamenteuse du patient organise la déclinaison de la politique institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières (formations et réunions de sensibilisation en présence du pharmacien). Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, recueil des erreurs médicamenteuses). En particulier la réévaluation des antibiotiques est assurée grâce à une sensibilisation des praticiens et des alertes informatiques. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) après analyse. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes. L'information et l'éducation du patient à son traitement est favorisée dès son entrée (livret d'accueil et information par les IDE) et mise en place

par les équipes soignantes pendant son séjour.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (quantitatif et qualitatif), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (gestion documentaire accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont faites auprès des professionnels avec une culture déclarative effective.

Les protocoles médicamenteux sont accessibles à tous les professionnels concernés. Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à disposition des professionnels.

Des protocoles concernant les médicaments à risque ou les personnes à risque sont élaborés en concertation également avec des démarches d'EPP (anticoagulants, antibiothérapie, prescriptions chez la personne âgée).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes concernant la prise en charge médicamenteuse. Le personnel soignant connaît les règles et les procédures mises en place. La pharmacienne (à temps partiel) réalise une analyse pharmaceutique (9440 lignes en 2014) systématiquement une fois par semaine pour tous les médicaments de tous les patients et est alertée par messagerie de tout changement de traitement ou des nouveaux traitements institués (Vérification sans validation directe). La délivrance est nominative reglobalisée dans les 2 secteurs de soins (en dehors des stupéfiants délivrés selon une procédure spécifique). La continuité du traitement médicamenteux est assuré depuis l'entrée jusqu'à la sortie du patient. Les interfaces entre secteurs de soins et pharmacie sont opérationnelles.

La traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel a été mise en place pendant la visite. L'établissement a mis en place le matériel nécessaire (à partir de tablette informatisée sur le chariot de distribution des médicaments), afin de garantir la saisie et la traçabilité au moment de l'administration au patient de tous les médicaments en direct.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par la Responsable qualité sur la base d'outils identifiés (cartographies des risques, indicateurs nationaux et issus des démarches d'EPP, audits du circuit du médicament, nombre de fiches d'événements indésirables, suivi des consommations, suivi des analyses pharmaceutiques, tableaux de bord comprenant le nombre d'actions réalisées par rapport au nombre d'actions prévues, etc.). L'analyse des risques à priori du circuit des médicaments est réalisée périodiquement ainsi que l'analyse à posteriori à partir du recueil des Fiches de signalement des erreurs médicamenteuses gérées en CREX et COMEDIMS.

Ce dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est repris dans le plan d'actions et le compte qualité de l'établissement. Le COMEDIMS et la CME sont informés des résultats des évaluations. Toutes ces évaluations conduisent à la mise en œuvre d'actions correctives, accompagnées de sensibilisations et formations/actions des professionnels.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration est mesuré et conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires de réajustement.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des réajustements en termes d'objectifs sont apportés chaque fois que nécessaire suite à des difficultés de fonctionnement, notamment par rapport à la notion de traçabilité de l'administration en temps réel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels (travaillant de jour comme de nuit) par voie orale, par des réunions de sensibilisation en présence du pharmacien et par le biais d'une messagerie interne (4D).