



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITES MGEN D'EVIAN - SITE CAMILLE BLANC

**59 bis boulevard jean jaurès
74500 EVIAN LES BAINS**

JUIN 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
4. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	17
DOSSIER PATIENT	22
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	26

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <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 : - <u>Point sensible</u> : - o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. - o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : - o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels - o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : - o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation - o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ETABLISSEMENT DE SOINS D'EVIAN GROUPE MGEN SITE CAMILLE BLANC	
Adresse	59 bis boulevard jean jaurès 74500 EVIAN LES BAINS
Département / région	HAUTE-SAVOIE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750005068	MGEN ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	3 square max hymans 75015 PARIS 15
Etablissement de santé	740780143	ETABLISSEMENT DE SOINS D'EVIAN GROUPE MGEN SITE CAMILLE BLANC	59 bis boulevard jean jaurès 74500 EVIAN LES BAINS

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	150	15

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf fiche interface
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	SSR cardiologie en HTP depuis novembre 2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

3. 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.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR du système nerveux	/	null	null	SSR
2	Adulte	HDJ cardio-vasculaires	/	null	null	SSR
3	Adulte	HC SSR appareil locomoteur ou digestif	/	null	null	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

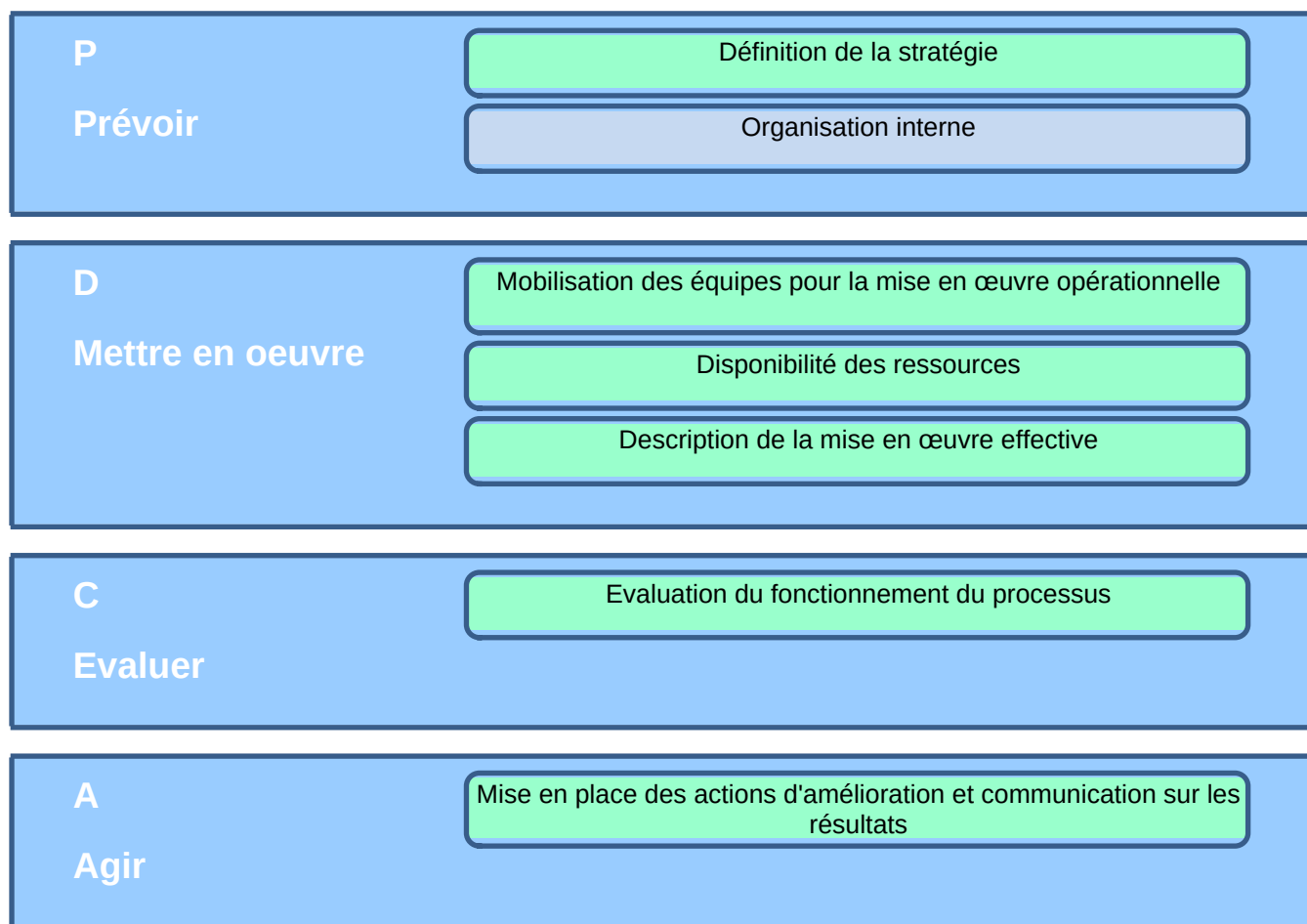
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose d'une politique générale de la qualité et gestion des risques. Cette politique est constituée de plusieurs éléments notamment la stratégie et les modalités de pilotage des EPP, la gestion de crise et les réponses aux obligations légales et réglementaires.

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

L'identification des risques à priori a été faite de manière pluridisciplinaire selon la méthode AMDEC. La détermination et la hiérarchisation des risques ont été effectuées par chaque pilote de processus. Les risques qui ont été jugés prioritaires, ont été intégrés au compte qualité après validation du COPIL. Ces risques sont réévalués chaque année.

La politique a été validée par les instances délibérantes et notamment la CDU et la commission médicale.

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

Ce programme prends en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connus.

ORGANISATION INTERNE

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

Les situations de crises sont prévues et leur gestion est organisée un plan blanc et par d'autres plans actualisés et ciblés (attentats, épidémie, etc.)

Une procédure est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables (EI). Elle prévoit la gestion des événements indésirables graves. La mise en place des CREX et RMM est organisée par d'autres procédures spécifiques. Pour leur traitement, les EI sont orientées systématiquement vers le pilote de processus concerné.

L'établissement a organisé le déploiement et la mise en œuvre des EPP avec un engagement effectif des professionnels.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage repose sur une responsable qualité, un gestionnaire des risques auquel est associé un coordinateur de la gestion des risques associés aux soins. Les rôles sont connus. Ils sont encadrés selon les cas par une fiche de poste ou bien, par une fiche de mission.

L'établissement a organisé la réponse en matière de formation. Les besoins liés à la certification sont identifiés dans un plan de formation. Les compétences et les outils nécessaires à la qualité et à la gestion des risques ont été pris en compte.

Le déploiement du système d'information facilite le fonctionnement des services.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources documentaires. Le dispositif de gestion documentaire est complet et disponible sur chaque poste informatique. Une version écrite est disponible à la direction. Elle assure la continuité de l'information en cas de panne du SI.

L'organisation en place a permis l'atteinte des objectifs fixés. Cette organisation se fonde sur une coordination fonctionnelle du service qualité, gestion des risques et coordination de la gestion des risques associés aux soins. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et avec les différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

La coordination du système Q et GDR avec les dispositifs de vigilance et de veille sanitaire, est assurée par le COPIL.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement décline le programme qualité et gestion des risques dans chaque service avec des plans d'actions et des objectifs opérationnels via l'encadrement et avec l'appui du COPIL qui est composé des pilotes de processus. Les représentants des usagers sont impliqués dans la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques, y compris dans le cadre de la CDU.

Lors des réunions de service, les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs et sur les différents processus en vigueur dans l'établissement.

L'engagement effectif des professionnels s'exprime notamment, à travers la mise en œuvre d'EPP, de CREX et de patients traceurs.

L'établissement a été mobilisé dans l'élaboration du compte qualité. Chaque pilote de processus a réuni un groupe de travail qui a élaboré le contenu de son compte qualité. Par ailleurs, l'établissement a communiqué sur les enjeux du compte qualité.

Les responsables informent les équipes des évolutions, lors des réunions de services et staff pluridisciplinaire (nouvelle procédure, nouvelle EPP, etc.)

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

Les responsables informent les professionnels des résultats obtenus.

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

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

L'établissement a déployé des formations à la conduite des CREX, Patients Traceurs, EPP, gestion des risques, etc. Par ailleurs, les nouveaux embauchés font l'objet d'un processus d'accompagnement spécifique que l'établissement est en train d'améliorer. Enfin, des modules de e-formation sont disponibles sur la base documentaire informatisée.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les services. Les professionnels connaissent la base documentaire et l'utilisent dès que besoin. Le niveau d'informatisation de l'établissement assure une proximité de la source d'information.

Les documents relatifs à la gestion de crise sont à disposition du personnel pour aider concrètement les agents confrontés à une situation de crise.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les services. Le système d'information facilite la mise en œuvre des processus qualité et gestion des risques. Ce système et les informations qu'il contient, sont sécurisés et protégés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque service connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures définis.

Les équipes et l'encadrement connaissent la politique de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques.

La gestion des événements indésirables est opérationnelle. Les modalités de signalement des événements indésirables sont respectées. Le nombre de signalements est d'ailleurs en hausse. Concernant les événements indésirables, il y en a eu 297 en 2015 et 344 en 2016, dont 33 sur le circuit du médicament.

Par ailleurs, 3 CREX ont été déclenchées sur 2017, contre 1 en 2016.

Les modalités de recueil et de traitement des plaintes et réclamations sont conformes à l'organisation en place.

Des exercices de gestion de crise sont effectués régulièrement. Ils font systématiquement l'objet d'un rapport écrit.

La cellule de crise est opérationnelle.

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

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

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

Les maintenances des matériels et des installations liés à la sécurité des usagers sont mise en œuvre conformément au "plan cadre" (SSI, matériels et dispositifs médicaux, etc.).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre de ses actions. Il dispose pour cela d'une organisation qui permet d'évaluer l'efficacité de ses plans d'actions à périodicité annuelle.

L'évaluation repose sur des analyses et des audits de pratiques ou de pertinence.

L'établissement évalue la satisfaction des usagers par le biais des questionnaires de sortie (taux de retour des questionnaires à 38%). L'analyse se fait pendant la CDU avec les représentants des usagers.

L'impact des démarches EPP sur l'évolution des pratiques, est évalué avant le déploiement à l'ensemble des services de soins concernés.

L'évaluation se base sur l'utilisation d'outils identifiés.

La disponibilité d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité est effective et permet d'évaluer le système de management. L'établissement dispose pour cela d'un tableau de bord d'indicateurs qualité complet et adapté, qui couvre l'ensemble des domaines et des services de l'établissement. Il est structuré par processus de certification.

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

L'établissement effectue une déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité.

La structure des actions d'amélioration est définie. Chaque action comporte entre autre, une échéance, un pilote, un niveau de priorité et un indicateur de résultat.

Le programme d'actions est suivi en COPIL. Il est réajusté en fonction de l'avancée des actions et/ou des résultats obtenus, en lien avec le pilote de processus concerné.

Si besoin, les évaluations menées et les améliorations apportées, peuvent entraîner un réajustement de la politique et/ou du programme d'actions.

L'établissement a défini un plan de communication global qui articule une multiplicité de supports. Il prévoit des diffusions par voie d'affichage dans les services, par l'encadrement lors des réunions et des points qualité. Des actualités figurent aussi sur la base documentaire.

La communication des résultats et des actions est réalisée en interne et en externe auprès des professionnels et des usagers. Une communication des résultats des démarches d'EPP et des patients traceurs est faite auprès des professionnels.

L'établissement utilise et diffuse les IPAQSS, mais aussi d'autres indicateurs tels que les indicateurs IN et les pourcentages de satisfaction patients. Ils sont affichés dans les locaux et lieux d'accueil du public.

L'établissement participe à des comparaisons de résultats et d'indicateurs dans le cadre du reporting national organisé par le groupe auquel il appartient.

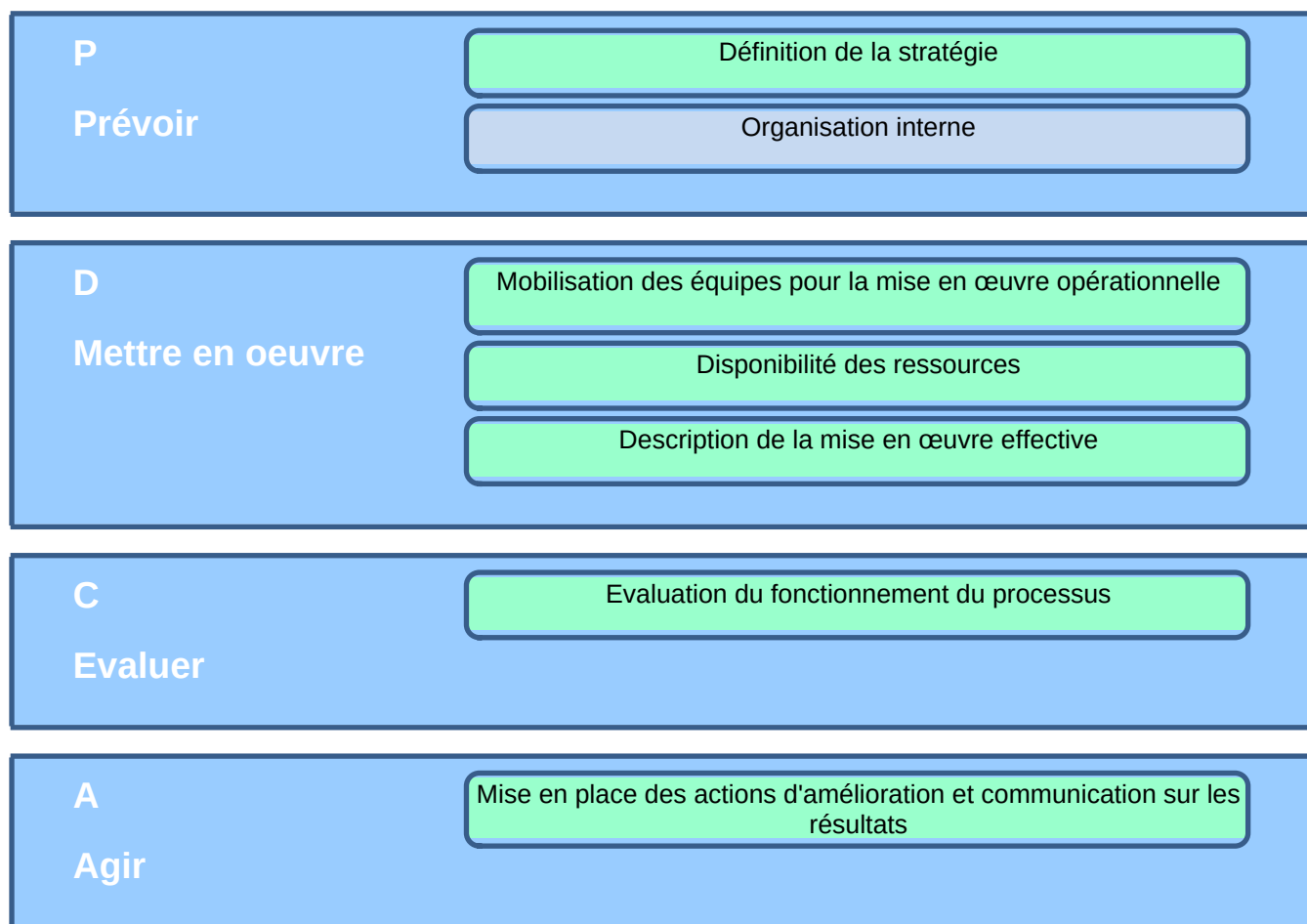
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'établissement a rédigé une politique d'amélioration de la mise en œuvre des droits du patient, qui est accessible à l'ensemble du personnel via l'informatique. Des objectifs sont élaborés à partir des orientations stratégiques. Le respect des droits des patients est inscrit notamment dans le projet de d'établissement. Le siège applique le concept de « démocratie sanitaire ». La construction du CQ a été établi à partir de données issues : de la cartographie à priori des risques, des déclarations EI, des plaintes orales et des réclamations, et des retours de questionnaire de satisfaction patient. Une cartographie des risques a été élaboré sur ce thème, ainsi qu'un plan d'actions. Un des objectifs de la politique, est l'implication du patient et de son entourage durant l'hospitalisation ou la prise en charge. L'établissement cherche également à impliquer les représentants des usagers dans les instances, et plus globalement dans le fonctionnement de la structure.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a identifié le Cadre social, comme pilote de la thématique. La mission du pilote de la thématique est décrite dans un document générique. Un règlement intérieur de la CDU est formalisé. Les droits des patient est évoqué dans le livret d'accueil ainsi que les représentants des usagers. La CDU comporte deux représentant des usagers, issu de l'association JALMALV. D'autres associations sont présentes dans l'établissement tel que Diabète 74, AFTC (trauma crânien), SEPas impossible, AVC 74, et le centre de ressources des cérébraux lésés. Ce qui constitue la maison des usagers. Les interfaces sont organisées avec les commissions : CLIN, CLAN. Le CQ identifie 4 risques à l'échelle de l'établissement. Ces risques ont été priorisés parmi les 29 retenus dans la cartographie de la thématique. Il est validé par la CDU, CME et les actions d'amélioration de la thématique sont inscrites dans le PAQSS global. La gestion des plaintes et réclamation est organisée (personnes ressources, circuit de dépôt de plainte..) ainsi que l'information du patient sur ses droits (livret d'accueil, pré admission, règles de vie , affichage des coordonnées des associations représentants les usagers). Le plan de formation des professionnels intègre des formations sur la bientraitance. Les modalités de signalement de situation de maltraitance sont organisées (procédure) décrivant les différentes formes utilisables, tel que les FEI, la messagerie, le courrier, l'oralité, l'anonymat ou non. Le dispositif d'identification du risque suicidaire est en place. L'organisation et pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations données (charte de confidentialité, accès restreint au dossier informatique. L'établissement est majoritairement constituée de chambre individuelle. Des petits salons sont à disposition dans le hall de l'établissement, ainsi que des appartements des familles (deux). Les restrictions de liberté sont formalisées : règles de vie (horaires, emploi du temps), établies en fonction du type d'hospitalisation, avec une restriction adaptée en soins palliatifs. L'organisation permet le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin (procédure). Ce recueil est réalisé lors de la visite d'entrée par le médecin. La gestion documentaire est centralisée et informatisée. Les postes informatiques sont installés en fonction des métiers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les objectifs et plan d'actions opérationnels sont déclinés dans les services sur la thématique droits des patients. Il existe un collectif bientraitance et éthique qui constitue en soi une instance, et un groupe moteur dans le respect des droits des patients. Il est composée d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'une animatrice, d'une personne des entrées, d'une IDE, d'une AS, d'une assistante sociale, d'un représentant des usagers, d'un membre de la direction. Un médecin va rejoindre prochainement ce groupe. Ce collectif publie une note sur ce thème tous les trimestres.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les professionnels sont formés à la déclaration d'événement indésirable, aux gestes d'urgence, et à la bientraitance. La GED centralise tous les documents de travail. Les postes informatiques sont disponibles en fonction des métiers.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
L'Information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est effective. Le livret d'accueil est remis à l'entrée par le personnel de l'accueil. L' affichage des coordonnées des associations membre de

la CRU est réalisé aux endroits stratégiques.

Le projet individuel est construit dès l'accueil, puis réévalué régulièrement si nécessaire. Le règlement intérieur est affiché dans les chambres. Une procédure « dommage lié aux soins » a été rédigée. Une concertation familiale est organisée une fois par séjour, et permet la rencontre entre les familles, le patient, et les professionnels de santé. Les personnes démunies sont identifiées dès la pré-admission.

Selon les services, il y a port du bracelet obligatoire, ou limité aux personnes le nécessitant (troubles cognitifs).

Le respect de la dignité et de l'intimité, de la confidentialité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, est effectif (chambre individuelle, ou double mais avec paravent). Un vestiaire social a été mis en place, pour les personnes démunies arrivant d'autres structures et n'ayant pas de vêtements adaptés à la rééducation sur un plateau technique. Des quart d'heure qualité sont organisés dans l'établissement et aborde les droits des patients le cas échéant. Une semaine sécurité des patients a été organisée et aborde également cette thématique. L'établissement a également participé à une journée européenne des droits des patients.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est réalisé dès l'admission, lors des entretiens avec le médecin. Le patient participe et, s'il y a lieu, son entourage à la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. La concertation, l'adhésion, le consentement éclairé est tracée dans le dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions concernant cette thématique. Les indicateurs utilisés sont entre autre, le taux de participation du patient à son projet thérapeutique, le nombre d'EI en lien avec la thématique « droits des patients », le nombre de réclamations écrites en lien avec les droits des patients, le nombre de manifestations menées dans le cadre de la maison des usagers, le nombre d'audits, le taux de recueil des personnes de confiance, la satisfaction concernant le respect de l'intimité, et le nombre de réunions de travail sur l'analyse du processus « droits des patients ». L'ensemble des indicateurs utilisés est recensé dans le compte qualité.

Le dispositif d'évaluation est structuré : personne ressource, tableau de bord, indicateurs.

A / AGIR

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

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont effectives. L'EPP bientraitance est intitulée « autoévaluation des pratiques professionnelles ». Des actions d'améliorations sont menées et concernent, la réorganisation de la désignation de la personne de confiance, avec un recueil plus adapté, la formalisation retravaillée du projet de soin individualisé, intégrant l'implication du patient, l'évolution du comité bientraitance pour prendre en compte le volet éthique, en intégrant un médecin et les représentants des usagers, et la création d'un vestiaire social.

Le dispositif de communication des résultats est opérationnel.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

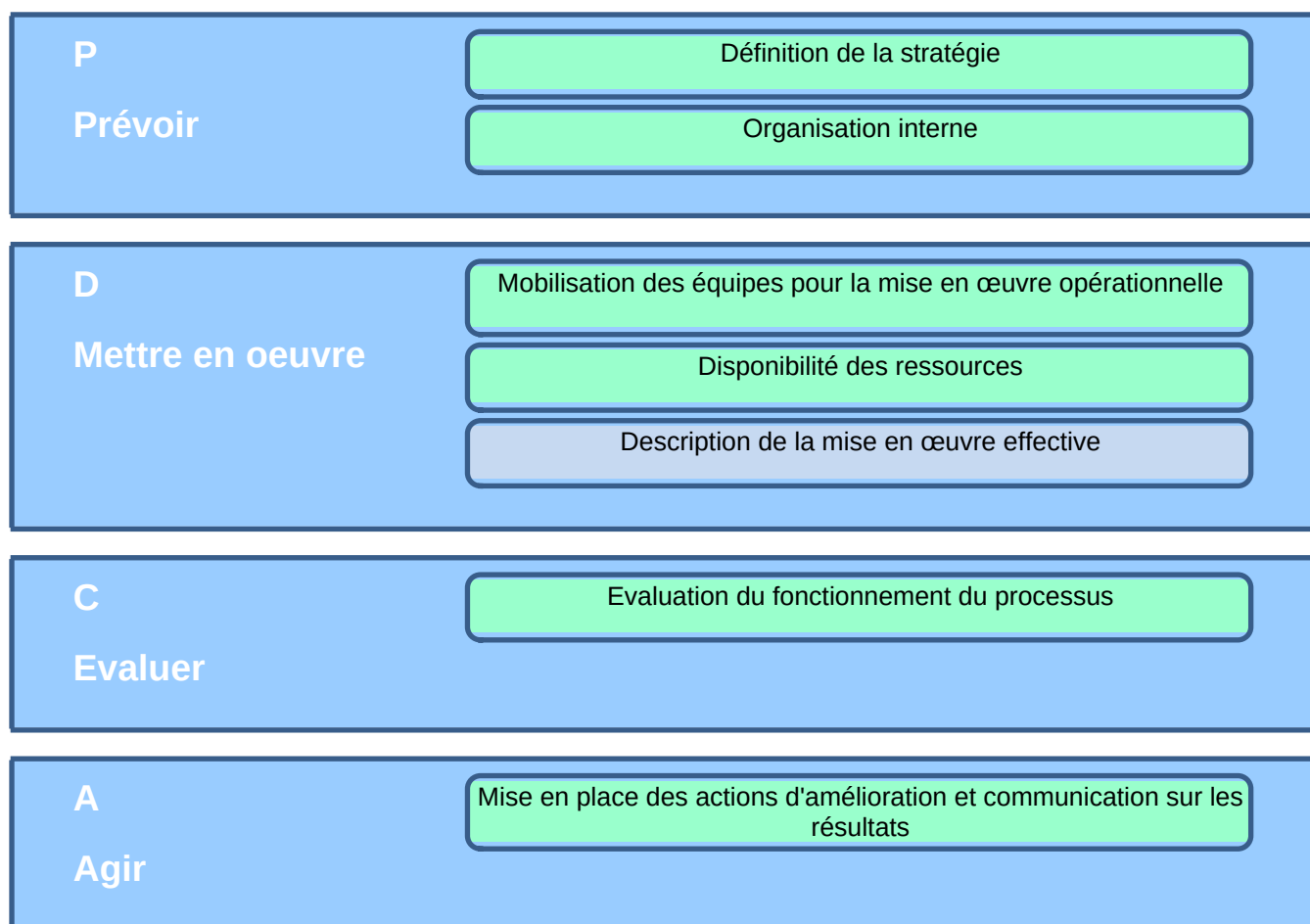
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique « parcours patient » a été rédigée. L'établissement a pris en compte les besoins de la population en accord avec les schémas de planification sanitaire. Le projet d'établissement 2016-2020 est en cours de validation par le siège. Le SSR Camille Blanc fait suite à l'établissement Alexis Léaud qui a fermé ses portes en octobre 2013. Les lits sont donc maintenant regroupés sur un site : 98 venant d'Alexis Léaud, 33 du SSR gériatrique d'Evian et 15 des hôpitaux du Léman à Thonon. L'établissement apporte une réponse aux besoins de proximité en SSR polyvalents et spécialisés. Soit six unités en hospitalisation complète, et deux secteurs en hospitalisation de jour. L'établissement est réparti en pôle. Cela comprend un SSR Affections de la Personne âgée dépendante (30 lits), un SSR Affections de l'appareil locomoteur (30 lits), un SSR Affections de l'appareil digestif (10 lits) et SSR polyvalent (20 lits), un SSR Polyvalent 30 lits, dont 6 de LISP, un SSR Affections du système nerveux (29 lits), et en HDJ 13 places affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur, 7 places en SSR affections de l'appareil cardio-vasculaire.

Ces orientations font suite à l'analyse des besoins de la population, et des risques propres à l'établissement. Un programme d'actions d'amélioration concernant notamment le parcours du patient est issu de la cartographie des risques et des indicateurs propres à cette thématique. Il existe une coopération avec des établissements, dont les hôpitaux du Léman, et le centre hospitalier Alpes Léman. Ces établissements, notamment les hôpitaux du Léman, mettent à disposition, un médecin cardiologue, une infirmière hygiéniste, un praticien en hygiène hospitalière, un médecin infectiologue, des vacations de chirurgiens orthopédistes. Une convention est en place avec le CH Alpes Léman concernant la filière UNV et USIC. Une équipe Mobile en MPR intervient également. Les orientations stratégiques de l'établissement ont été définies dans le cadre du CPOM 2017-2021. Elles comprennent le déploiement de l'activité enfants adolescents en hospitalisation complète et de jour, et le développement de l'offre de soins en SSR en hospitalisation de jour. Le compte qualité a été élaboré suite à l'expérimentation conduite par la Haute Autorité de santé en 2013. Il est basé sur le programme d'actions qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote de la thématique « parcours patient » est le médecin chef de l'établissement. Actuellement, les effectifs sont de 7.36 ETP médecins, 2 ETP enseignant en APA, 3 psychologues, 3,8 ETP ergothérapeute, 11,7 ETP kinésithérapeute, 1 ETP diététicienne, et 1 ETP assistante sociale, un cadre du service sociale, 1 animatrice, 1,75 ETP orthophoniste. L'effectif soignant permet à l'établissement de fonctionner. Les ressources en matériel sont analysées avec les cadres. La gestion documentaire est accessible à tous les professionnels concernés via l'informatique. Il existe également quelques documents papiers, progressivement remplacé par la GED. La concertation interprofessionnelle est à la fois organisées autour de réunions régulières hebdomadaires, mais également spontanée, en particulier sur le plateau technique de rééducation. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de postes ou de missions. La CME est concertée pour les prises de décisions. L'établissement est organisé en plusieurs unités, plusieurs services.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services sont concernés par les objectifs et plans d'actions issus des différentes thématiques. Le cadre, responsable des services, et celui de rééducation, en lien avec le responsable de la qualité et gestion des risques s'assurent de l'implication des professionnels dans la démarche qualité. Une grande partie des professionnels ont été sollicités et impliqués dans la démarche qualité. Lors des rencontres durant la visite, il a été constaté que les salariés connaissaient les grandes lignes de la démarche qualité dans l'établissement. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au niveau des services, des actions correctives sont mises en place, en fonction des évaluations, et du recueil des indicateurs. Une cartographie des risques sur cette thématique permet également de définir des actions d'amélioration sur le parcours du patient, ainsi que des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et effectifs sont en capacité de prendre en charge les patients. 7.36 ETP médecins sont organisés pour garantir la continuité des soins. Un médecin est d'astreinte sur le site au quotidien. 33 IDE et 38 AS assure la permanence des soins. Les locaux sont adaptés à l'accueil des différentes prises en charge (plateaux techniques de rééducation, balnéothérapie). Il existe deux chambres doubles sur chacun des 5 services. Les professionnels sont sensibilisés et organisés pour garantir l'intimité et la confidentialité des patients (utilisation de paravent rigide, durant les toilettes, et

du store de fenêtre, dans les chambres ou les vitres ne sont pas opacifiées). Les salles de bains à l'italienne sont adaptées à l'accueil des patients porteurs de handicaps. Certaines chambres sont adaptées à l'accueil des patients de forte corpulence, avec lit surdimensionné, fauteuil et toilette prévu à cet effet, et installation de rails lève-personne d'une capacité de levage de 350 kg. Il existe également des rails dans certaines chambres conventionnelles. La gestion documentaire est informatisée et accessible à l'ensemble du personnel, qui sait l'utiliser.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le personnel des services interrogé durant la visite connaît l'organisation définie, et sait trouver les protocoles et procédures via l'informatique. Dans la plus part des services des réunions de synthèses hebdomadaires sont organisées par les médecins, les équipes soignantes, et les rééducateurs. Chaque professionnel convié à cette réunion, prépare un résumé de sa prise en charge qui est tracée dans le dossier. L'évaluation médicale initiale du patient (visite d'entrée) est réalisée par le médecin présent le jour même de son entrée, mais également par l'équipe (IDE, Aide soignante). Les besoins du patient sont également pris en compte par l'infirmière et l'aide-soignante, lors de l'entrée dans le service. Un projet de soins initial est mis en place à l'entrée par le médecin, puis réactualisé en équipe pluridisciplinaire lors des synthèses. La réflexion bénéfice risque est intégrée dans l'évaluation médicale initiale, sous forme de procédure décrivant les actes à risque et l'information au patient. Les activités de soins de suite (kinésithérapie, activité physique adapté, ergothérapie) sont au centre du projet de prise en charge du patient dans les différents services SSR.

La collaboration entre ces différents intervenants est constante en particulier sur le plateau technique, afin de proposer des soins complémentaires lors de la prise en charge du patient. La communication entre les professionnels est effective, et nécessaire dans le cadre de cette collaboration. L'informatique y contribue. L'ensemble des intervenants participe aux réunions de synthèse. Des règles de présence sont en place au niveau médical, et soignant afin de garantir une permanence des soins 24h/24. La majorité du personnel a été formé aux gestes d'urgence y compris le personnel administratif par l'AGFSU. La formation aux gestes d'urgence est intégrée au plan de formation. Les infirmières contrôlent le contenu du chariot d'urgence, qui est présent dans chaque service, et au plateau technique. En balnéothérapie, un DSA spécifique milieu humide a été installé. Un dispositif autonome pour travailleur isolé (DATI) est utilisé également en balnéothérapie, garantissant la sécurité des patients mais également du rééducateur.

L'établissement accueille une population diverse, mais propose une prise en charge personnalisée qui lui est adaptée. Un service social intervient pour les personnes démunies. Certains patients sont porteurs de pathologies chroniques, et le personnel tient compte de leur spécificité. Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé et tracé dans le dossier informatisé. La diététicienne intervient en particulier dans le service des affections digestives (pecnut). L'identification du risque suicidaire est effective par les médecins et les autres professionnels intervenant dans les services. Une procédure a été rédigée sur ce thème. Les professionnels sont sensibilisés et formés à l'identification de ce risque. Des actions d'éducatrices à la santé sont réalisées quotidiennement dans l'ensemble des services. Les patients peuvent le cas échéant être orientés vers des programmes existant dans d'autres structures. La douleur est tracée à l'entrée pour tous les patients, et réévaluée entre une et trois fois par jour, voir plus si nécessaire. La sortie est organisée avec les structures d'aval, ou les professionnels intervenant au domicile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation se fait sur la base d'indicateurs définis pour la thématique « parcours patient ». Cela concerne, l'analyse des questionnaires de satisfaction, les fiches d'événements indésirables. L'établissement a réalisé plusieurs patients traceurs dans les services. Le tableau de bord des indicateurs, en place dans l'établissement contient des items sur le parcours patient. Cela concerne entre autre, le nombre de patients conciliés (conciliation médicamenteuse), les résultats d'audits sur le parcours patient, et les feuilles d'émargement des différentes formations. La liste n'est pas exhaustive.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont intégrées et articulées avec le programme actions qualités et gestions des risques. Cela concerne entre autre, la mise en place d'une fiche d'observation complète « macro-cible d'entrée », de la conciliation médicamenteuse, la formalisation d'une procédure d'accueil et d'installation du patient par les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes, l'identification des gestes à risque à poursuivre, et la réalisation d'un audit de dossier sur le renseignement des antécédents relatifs aux allergies.

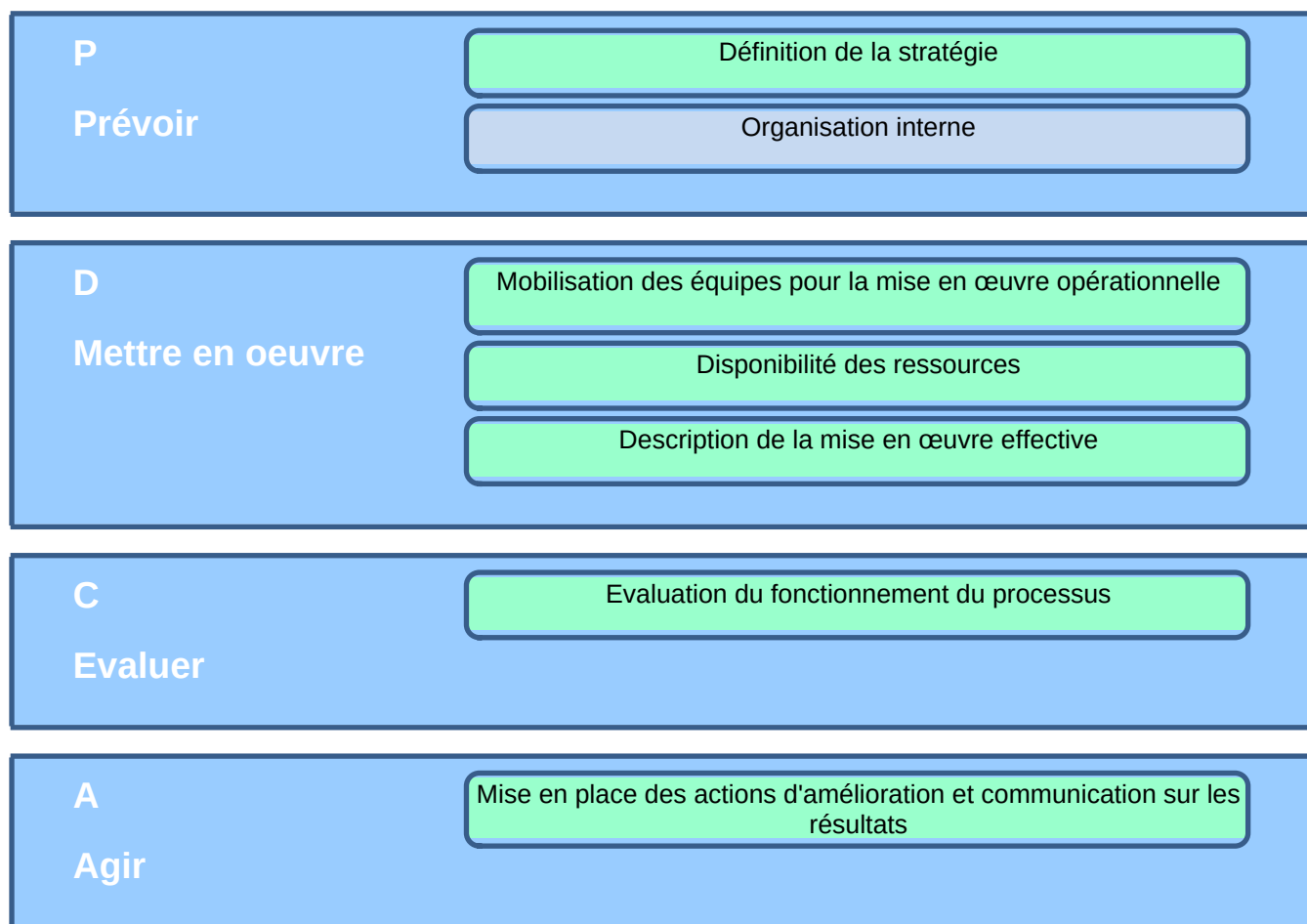
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement dispose d'une stratégie et des objectifs concernant le dossier patient. Cette stratégie est inscrite dans la politique globale qualité et gestion des risques de l'établissement. Par ailleurs, elle est présente dans le schéma directeur du système d'information.

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

La démarche d'évaluation des risques a été menée par le pilote du processus concerné en lien avec le COPIL. Ces risques ont été hiérarchisés pour aboutir à 2 risques prioritaires concernant la complétude du dossier et son accessibilité.

La stratégie a été validée par les instances concernées, notamment le CME et la CDU.

Elle est déclinée à travers un programme d'actions formalisé. Le pilotage et le suivi de ce programme sont structurés.

ORGANISATION INTERNE

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

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage du processus dossier patient est assuré par le directeur. Sa mission est décrite dans une fiche mission. Par ailleurs, des référents métiers et le référent informatique DPI contribuent à l'encadrement de la démarche.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans 2 procédures.

Ces procédures précisent les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité et l'archivage du dossier. Le dossier est informatisé depuis 2016. Il est unique et interfacé avec le logiciel de gestion du médicament.

L'accès du patient à son dossier est organisé par plusieurs procédures qui définissent chaque étape de la démarche.

L'information du patient quant à ses droits d'accès au dossier est assurée par le livret d'accueil.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires. Les règles d'accès au dossier par les professionnels habilités sont définies et formalisées. L'établissement a formé l'ensemble des professionnels lors de son informatisation.

La sécurité, l'intégrité et la confidentialité des informations sont organisées pour assurer la continuité de la prise en charge des patients. Les données du DPI sont sauvegardées en continu sur un site externalisé. Des procédures dégradées à disposition des professionnels, garantissent la poursuite des soins en cas de pannes.

L'établissement a prévu les ressources documentaires nécessaires. La base documentaire kaliweb permet aux professionnels d'accéder en proximité aux règles et aux procédures de gestion du dossier. Cette base propose aussi plusieurs guides d'utilisation selon les métiers.

Les interfaces du dossier sont organisées formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le circuit du dossier patient permet la mobilisation et la coordination de l'ensemble des professionnels. Les modalités de communication du dossier entre les professionnels sont définies, y compris avec les correspondants externes via le "Dossier Patient Partagé Réparti" (DMP).

D / METTRE EN ŒUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La direction et l'encadrement impulsent une démarche d'amélioration au sein des services concernés.

Celle-ci s'appuie sur la mise en œuvre du programme d'actions consacré au dossier patient. Les actions comportent des objectifs d'amélioration. La mobilisation de l'établissement et des professionnels sur ce point est réelle.

L'encadrement des services sensibilise les professionnels sur les risques identifiés et sur la conformité des pratiques par rapports aux règles et procédures de l'établissement. Les référents métiers et le référent informatique DPI contribuent fortement à cette mobilisation.

La conformité des pratiques a été évaluée par un audit dossier patient concernant la complétude du dossier ou bien les traçabilités qui doivent y être présentes.

Les résultats ont été présentés dans chaque service. En cas de dysfonctionnement, des réajustements de pratique ont été effectués directement au sein des services.

Des actions correctives à plus long terme sont identifiées en cas de besoin dans le cadre de la mise à jour du programme d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les services. Les professionnels connaissent les bonnes pratiques en matière de gestion et d'accès du dossier patient.

La formation lors de l'informatisation du dossier patient a été intégralement suivie. Les nouveaux professionnels sont accompagnés au sein des équipes. Lors de leur intégration, ils sont systématiquement formés par le référent informatique DPI.

Les ressources en documentation sont disponibles dans chaque service. Les guides d'utilisation du dossier et les procédures utiles sont connus et accessibles dans chaque service via la base documentaire.

Les patients sont informés de leur droit d'accès par le livret d'accueil.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les services. Le dossier patient informatisé permet aux professionnels de créer, tracer et accéder aux éléments constitutifs de la prise en charge du patient.

Les dispositifs de sauvegardes des données et les plans de reprise sont opérationnels.

Chaque médecin et soignant, y compris les consultants externes, dispose d'un identifiant personnel pour accéder au dossier patient.

Les bases de données informatisées ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du dossier.

La communication des informations entre les professionnels et avec les correspondants externes est réalisée en temps utile. L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux alimentent le dossier. La complétude du dossier est en progression constante.

Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier, est assuré.

Les circuits sont respectés et les interfaces prévues entre les services sont opérationnelles. Ils confortent la prise en charge pluridisciplinaire des patients tout au long de son parcours.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est effectuée en temps utile dans le dossier. Elle est partagée et en progression constante. La traçabilité des réévaluations cliniques obligatoires est effective (antibiothérapie, contentions, etc.).

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

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation régulière du dossier patient.

L'évaluation se fonde sur l'utilisation d'outils identifiés. Des indicateurs sur la gestion du dossier patient sont disponibles. Ils concernent principalement les courriers de sortie et la présence des compte rendus d'hospitalisation. Les indicateurs IPAQSS et d'autres indicateurs propres à l'établissement, sont suivis. Ils sont colligés dans le tableau de bord global des indicateurs qualités.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients et d'accès du patient à son dossier est assurée à l'aide d'indicateurs. Le délai de traitement des demandes est évalué et suivi en CDU.

La CDU est informée des demandes d'accès et de leur traitement. Le bilan d'activité fait état de 10 demande en 2016 et 20 en 2017.

L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont pilotées dans le cadre du programme d'actions d'amélioration de l'établissement. La plus souvent elles résultent des évaluations qui ont été menées, mais aussi des déclarations d'EI sur le dossier (22 sur 2016 et 2017).

Elles concernent l'enrichissement du contenu du dossier patient. Pour les plus récentes, il y a l'intégration des allergies, d'une trame de l'examen médical d'entrée, des portails de consultation synthétiques par métier ou bien l'amélioration de l'agenda patient. L'intégration des examens de biologie et de radiologie est en cours.

La CDU est informée des actions d'amélioration mises en œuvre.

Des supports et des modalités de diffusion sont établis. L'avancée des actions d'amélioration est communiquée lors des réunions de service par l'encadrement ou bien directement par messagerie interne du référent informatique DPI. La base documentaire renforce cette information.

La communication des indicateurs est réalisée en interne auprès des professionnels et des usagers par voie d'affichage dans les lieux d'accueil et dans les services.

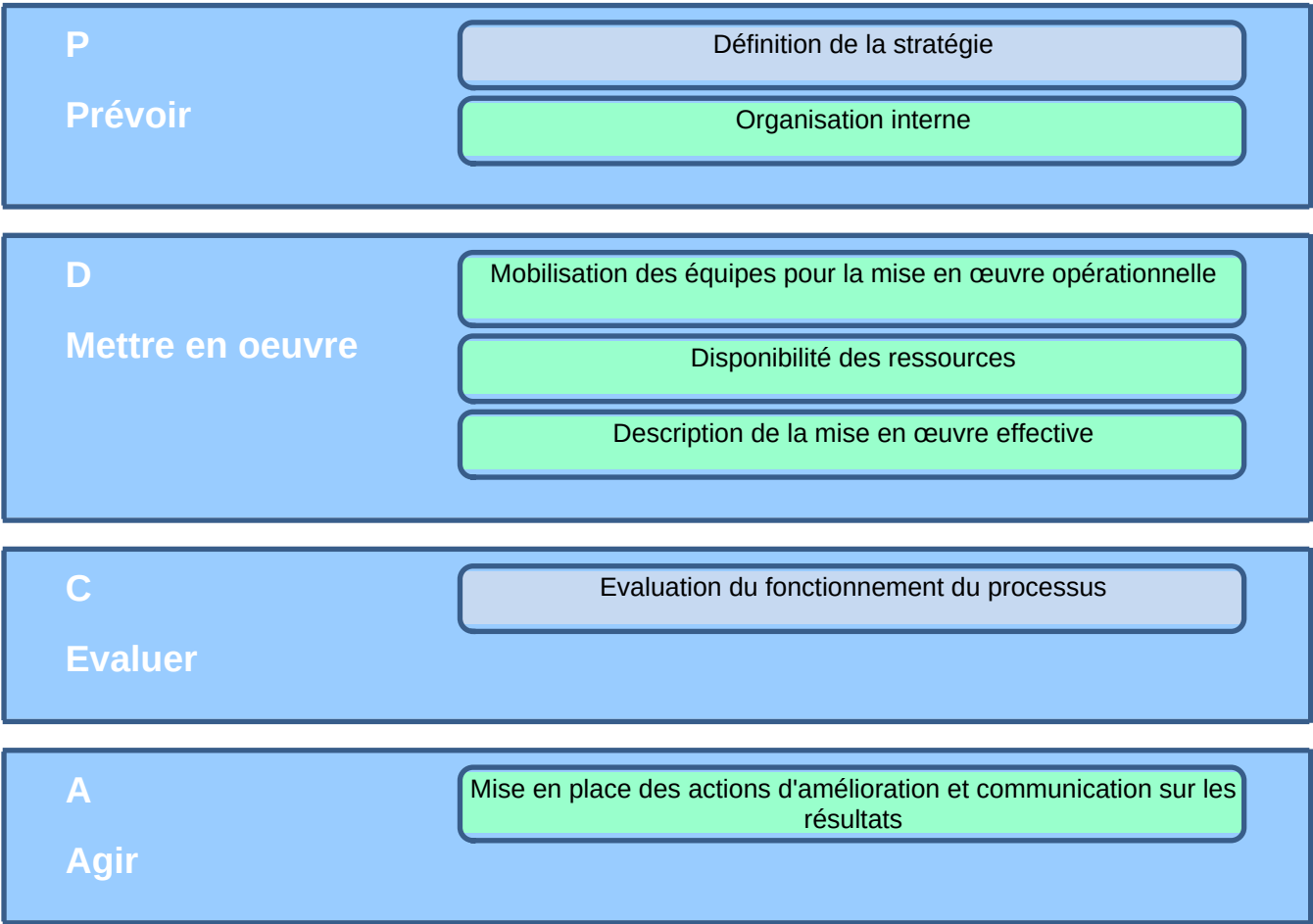
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement SSR Camille Blanc d'Evian Les Bains a défini une stratégie de prise en charge médicamenteuse du patient avec des dispositions particulières pour le patient âgé.

Les sources de données utilisées pour définir cette stratégie sont :

- les résultats des dernières certifications.
- travail en commun avec le Groupement Hospitalier de la Mutualité Française (GHMF)
- événements indésirables
- indicateurs
- interdiag 2015
- archiMed 3 en 2017.

Cette stratégie se décline dans une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient, mise à jour le 20/10/2017, autour de 4 grands axes :

- poursuivre le développement du système d'information
- garantir le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux
- développer la culture qualité et sécurité des soins
- améliorer la coopération et la coordination entre les acteurs.

Une politique de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est également en place.

La CME et le COMEDIMS sont chargés de la validation de la stratégie et des protocoles en lien avec le circuit du médicament.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration avec des objectifs opérationnels et une priorisation des actions. Ce programme précise, pour chaque action, les responsables, le calendrier et les modalités de suivi.

Le compte qualité issu de l'identification et de l'analyse des risques est articulé avec le PAQ et avec les différents processus qu'il impacte.

L'analyse des risques est réalisée au regard :

- de chaque étape du circuit du médicament
- des risques spécifiques : médicaments à risques utilisés, populations à risque accueillies, voies d'administration à risque utilisées.

Les risques ont été hiérarchisés selon une méthode définie et analysés avec les personnels concernés.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement Camille Blanc a établi une organisation pour piloter le processus prise en charge médicamenteuse du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (pharmacienne, préparatrice en pharmacie, responsable du système management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse). Une fiche d'instance du COMEDIMS est disponible.

La pharmacienne est le pilote du processus. Un référent antibiothérapie est désigné. Des référents prise en charge médicamenteuse sont définis dans les services.

L'établissement est doté d'une pharmacie à usage unique (PUI). L'organigramme de cette PUI est défini et comprend un pharmacien gérant et deux préparatrices pharmaciennes. Plusieurs postes ont été identifiés : suivi des achats, suivi des livraisons, suivi alertes ANSM, suivi des périmés... avec des responsables désignés. La permanence pharmaceutique est organisée. L'accueil des nouveaux arrivants est prévu. L'accès à la PUI est sécurisé par des badges et non autorisé en l'absence de la pharmacienne. L'accès à l'armoire d'urgence est organisé.

Il existe une politique d'achat en lien avec le groupe MGEN qui permet de limiter les coûts et les erreurs médicamenteuses : formes adaptées, étiquetage, reconditionnement le cas échéant. Le logiciel de gestion des stocks est directement interfacé avec le système entièrement informatisé du circuit du médicament Hopital Manager. La dispensation est organisée dans son intégralité en présence du pharmacien associant à sa délivrance :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale
- La préparation des doses à administrer
- La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament

Des outils d'aide à la prescription sont prévus : bases médicamenteuses directement accessible depuis le logiciel de prescription. Des outils d'aide à l'administration sont également disponibles sur Kaliweb via l'onglet "les informations de la pharmacie" : médicaments à risque, never events, bon usage de certains médicaments.

Toutefois des formations des professionnels sur les erreurs médicamenteuses n'ont pas été menées. De nombreuses sensibilisations ou formations on été réalisées en interne sur des points précis mais aucune formation spécifique sur les erreurs médicamenteuses n'a été réalisée dans les années précédentes. Cela nuit à la vigilance des professionnels concernant la sécurité du médicament avec un risque d'erreur médicamenteuse potentiel.

Le transport et le stockage des médicaments est organisé et sécurisé y compris médicaments à risque et stupéfiants.
L'établissement a organisé à une conciliation médicamenteuse limitée pour l'instant aux patients de l'hôpital de jour de cardiologie.
La continuité du traitement médicamenteux est prévu de l'admission jusqu'à la sortie du patient. La gestion du traitement personnel du patient est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les référents PECM ont été sollicités pour l'élaboration du compte qualité. Celui-ci est accessible par l'ensemble du personnel. La cartographie des risques est également accessible.
La pharmacienne se charge d'expliquer aux professionnels les actions qui découlent des risques identifiés : réunion en interne, 1/4 h qualité.
Les équipes participent au recueil et à l'analyse des événements indésirables concernant la prise en charge médicamenteuse.
La pharmacienne rencontre les nouveaux arrivants pour les informer sur l'organisation en place.
La pharmacienne s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment protocoles et procédures en collaboration avec les professionnels. La conformité des pratiques est contrôlée par le suivi d'indicateurs.
Suite à ces évaluations des actions correctives sont mises en places et les professionnels associés à la mise en œuvre de ces actions

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible sur le logiciel métier, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.
Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire comprenant :
- le manuel qualité présent
- procédures et protocoles définies et formalisés, intégrant les populations à risque notamment concernant les personnes âgées
- liste des prescripteurs autorisés
- liste des médicaments à risque
Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel dans le respect de la répartition réglementaire des compétences.
Le stockage du matériel dans les unités de soins est conforme aux attendus : armoires sécurisées, réfrigérateur avec suivi de température, alarme déportée, stupéfiants détenus dans un coffre ...
L'informatisation du circuit du médicament est complète et s'intègre dans le dossier patient.
Cette informatisation de la prescription permet donc l'utilisation d'un support unique de prescription.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels connaissent et respectent les règles, protocoles et procédures, organisation et circuits définis.
La prescription, entièrement informatisée, est conforme à la réglementation. Le praticien est incité par le logiciel à prescrire en DCI et selon le livret thérapeutique. Cette prescription est directement consultable par la pharmacie. La pharmacie consulte régulièrement les prescriptions afin de prendre en compte les modifications éventuelles. La prescription d'antibiotique s'accompagne d'une alerte à 48 heures nécessitant une validation par le praticien.
La dispensation des médicaments au sein de l'établissement est nominative réalisée de façon hebdomadaire et à chaque changement de prescription. La cueillette n'est réalisée qu'après validation de la pharmacienne qui tient compte des contre-indications, interactions, vérification de la posologie. Le cas échéant des substitutions peuvent être proposées et tracées dans le dossier. Afin d'optimiser l'analyse pharmaceutique, la pharmacienne a accès aux données médicales du patient ainsi qu'aux résultats biologiques.
La cueillette est réalisée par une des préparatrices en pharmacie. Celle-ci est ensuite vérifiée par la pharmacienne avant délivrance dans les services.
La délivrance dans les services se fait deux fois par semaine et à chaque fois que cela est nécessaire en cas de modification. Cette délivrance est contre-signée par le service receveur et le document archivé à la pharmacie.
La délivrance des stupéfiants est réalisée sous forme de dotations basées sur les carnets à souche.
L'acheminement est prévu à l'aide d'armoires ou de containers sécurisés.
Dans les unités de soin les médicaments délivrés sont rangés dans les armoires sécurisées. Les piluliers journaliers sont réalisés par les infirmières des services. Les médicaments à risque sont identifiés à l'aide d'un logo connu du personnel.
La gestion des périmés est réalisée par les préparatrices en pharmacie avec une identification en début d'année des médicaments se périssant, et elles en assure le retrait le cas échéant avec traçabilité.

L'administration se fait par les infirmières, au lit du patient, après vérification de l'identité et des médicaments à administrer, des allergies éventuelles. Le personnel évalue l'autonomie du patient sur les possibilités de prise du médicament. En fonction de cette évaluation une surveillance de la prise est effectuée. L'infirmière trace pour chaque patient, ligne à ligne, l'administration. En cas de non délivrance est associée une note d'explication. Les commandes pharmaceutiques pour les armoires en dotation globale des services sont réalisées par les infirmières directement sur le logiciel de gestion des stocks de la pharmacie. Une information orale auprès des patients sur certains médicaments (AVK, morphiniques) est faite par les différents professionnels (médecins, IDE). Ceci a pu être vérifié auprès du patient traceur réalisé dans le service de neurologie. En hôpital de jour de cardiologie, un atelier est réalisé sur la compréhension du traitement par le patient permettant de délivrer une information. Cela a été également confirmé par le patient traceur rencontré dans ce service. La déclaration par les professionnels des événements indésirables sur la thématique est effective. Certains professionnels rencontrés ont participé à une CREX sur le médicament.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en oeuvre un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus. Des audits périodiques sur l'ensemble du processus sont réalisés : archiMed3, évaluation du circuit des insulines. La prescription chez le sujet âgé est évaluée. Des EPP ont été réalisées sur le contrôle des armoires à pharmacie et sur la prescription antibiotique. Une EPP va démarrer suite à l'arrivée du gériatre sur l'évaluation de la prescription de neuroleptiques chez le sujet âgé.

On retrouve de nombreux indicateurs permettant à la pharmacienne une évaluation régulière du processus :

- prise en charge de la douleur : nombre d'EI, consommation antalgiques de base, morphiniques, nombres de réunions sur la thématique...
- gestion des antibiotiques : consommation, surveillance journalière des antibiotiques à distribution contrôlée, nombre d'EI, montant des périmés, nombre de formations....
- bilan COMEDIMS

La pharmacovigilance comprenant les alertes ANSM, les alertes des laboratoires ou de l'ordre des pharmaciens sont reçus par mail. Une copie papier est faite. Après vérification et action le document est archivé.

A / AGIR

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

Au regard de ces évaluations, l'établissement met en place des actions d'amélioration articulées avec le PAQ.

Les actions d'améliorations envisagées en 2018 concernent notamment :

- mise à jour du chariot d'urgence au vue des changement de praticiens
- actualisation du livret thérapeutique pour unifier les livrets thérapeutiques du groupe MGEN
- Deuxième tour d'audit archiMed3
- étendre la conciliation médicamenteuse
- validation du programme d'ETP en hospitalisation de jour de cardiologie

Les résultats des évaluations et actions sont communiqués auprès des professionnels en interne par la pharmacienne directement dans les services. Le bilan COMEDIMS est communiqué par le biais des infirmières référentes dans les services. Les indicateurs nationaux sont affichés.