



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION SSR TRESSERVE - ARC EN CIEL

**50 montée de tresserve
73100 Tresserve**

JANVIER 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

SSR TRESSERVE - ARC EN CIEL	
Adresse	50 montée de tresserve 73100 Tresserve
Département / région	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	690029723	UNION DE GESTION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	133 route de saint cyr 69370 Saint-Didier-Au-Mont-D'Or
Etablissement de santé	730780475	SSR TRESSERVE - ARC EN CIEL	50 montée de tresserve 73100 Tresserve

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	70

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Clinique Herbert Hôpital privé Médipôle de Savoie Centre Hospitalier Métropole Savoie Centre communal d'action sociale de la Ville d'Aix-les Bains
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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	Ostéo-articulaire			SSR
2	Adulte	SSR	Onco / Soins palliatifs			SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

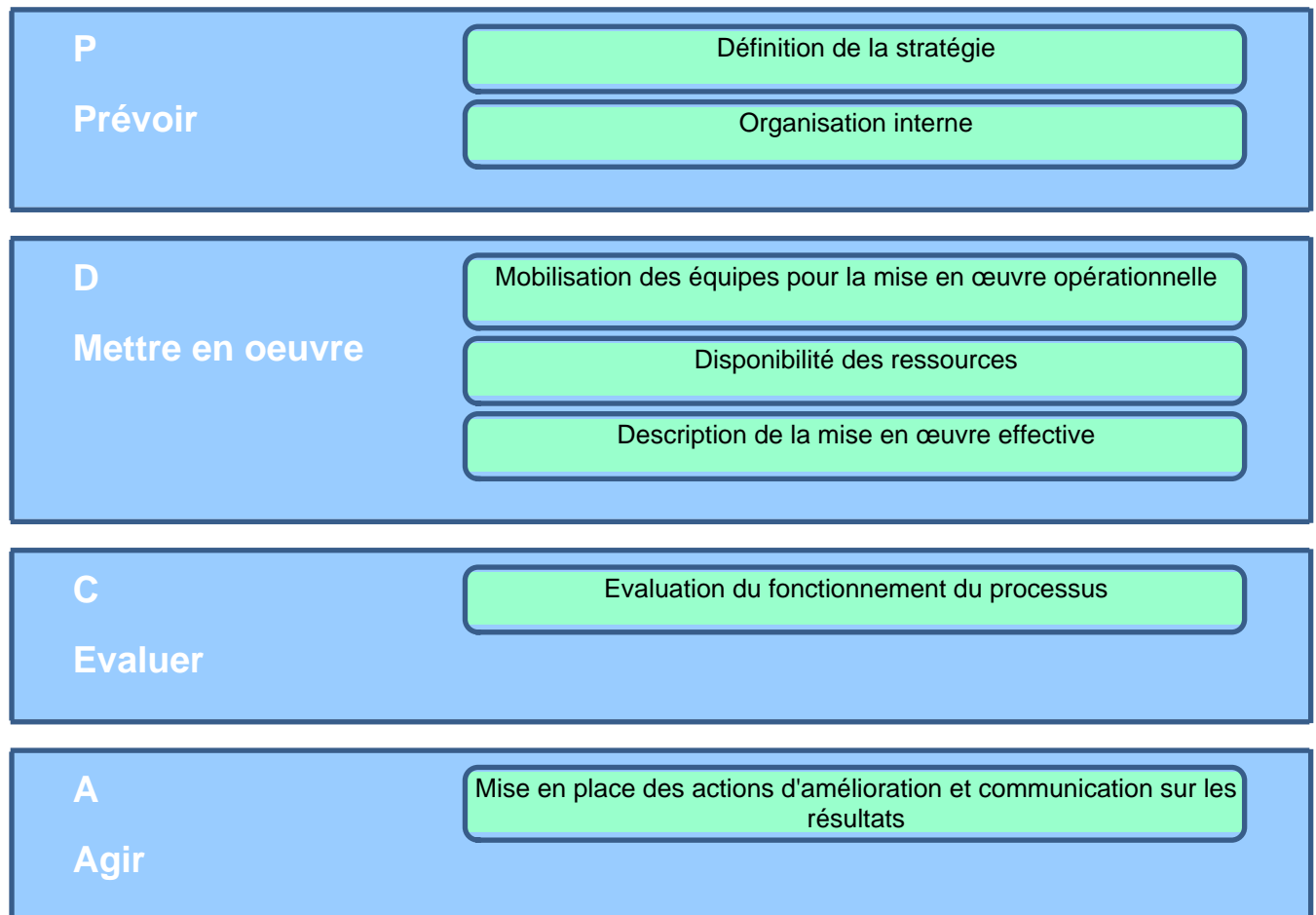
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique qualité formalisée dont les orientations stratégiques sont fixées dans le projet d'établissement 2018-2022, le CPOM 2017 ainsi que dans le CAQUES 2017.

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

La cartographie des risques utilisée est établie par le groupe pluridisciplinaire de travail animé par un pilote pour chaque thématique (risques hiérarchisés selon une méthode définie) au regard des risques particuliers rencontrés au sein de l'établissement (les sources de données prenant appui sur les évaluations préalables de l'ancien PE, le CPOM, les études d'activité, les audits, les analyses a posteriori et indicateurs).

Cette stratégie qualité, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, repris depuis avril 2018 dans le compte qualité pour l'ensemble des thématiques.

La politique EPP est définie et est intégrée à la politique qualité de l'établissement et ses actions aux PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, le coordonner et harmoniser la gestion des risques. Les rôles et responsabilités de chaque pilote sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Le pilotage institutionnel de la démarche qualité gestion des risques est assuré par un COmité de Pilotage Qualité Gestion des RISQUES (COPIL QGR) qui se réunit une fois tous les trois mois.

Ses missions sont définies. Le COPIL QGR est supervisé par le directeur et le président de la CME et réunit l'ensemble des cadres pilotes de processus et responsables des vigilances, risques et sécurités ainsi qu'un représentant des usagers.

Les objectifs opérationnels, les programmes de prévention et gestion des risques découlant de la politique qualité sont élaborés par les différentes instances et groupe de travail, validés par le COPIL QGR.

Ils tiennent compte des évolutions de la réglementation.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CDU et des différentes instances auxquelles ils participent.

La fonction de coordination de la gestion des risques est définie dans l'établissement.

C'est le service qualité GDR en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins qui assure ensuite le pilotage opérationnel de la démarche.

Il s'assure de la mise en œuvre du PAQSS en s'appuyant sur la direction des soins.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

Le suivi des plans d'actions mis en œuvre et de leur efficacité est réalisé.

Les vigilances, la gestion des plaintes et réclamations (avec analyse qualitative et quantitative assurée par la CDU) et le signalement des évènements indésirables sont organisés.

La charte de non sanction est en place et l'organisation prévoit un retour systématique au déclarant d'un évènement indésirable.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

La politique qualité comme la stratégie de l'établissement en matière d'EPP sont connues des professionnels.

L'équipe qualité apporte les compétences méthodologiques nécessaires auprès des professionnels.

L'infirmière coordinatrice sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus.

Les professionnels ont été mobilisés dans l'élaboration du compte qualité et participent à la démarche.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (traçabilité des indicateurs qualité, suivi des EI, suivi des taux de retour de questionnaire), et informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les professionnels sont force de proposition quant aux actions d'amélioration à conduire, à la participation à certains travaux.

L'implication des équipes en matière de signalement est effective.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents utiles aux services sont produits selon les règles de la gestion documentaire.
L'établissement a mis en place une gestion documentaire informatisée et gère une documentation papier.
La procédure "gestion documentaire" est formalisée.
Cette gestion documentaire permet la mise à disposition aux professionnels des procédures et protocoles, des actualités en matière de QGDR et des supports méthodologiques.
Le plan blanc de l'établissement est opérationnel et un exercice de mise en application (simulation de l'opérationnalité de la cellule de crise) est programmée pour le 28 novembre pour cette année.
Des formations sont réalisées (analyse des risques déclaration des EI, différents DU pour le personnel médical et soignant, PMSI).
Des actions de communication sont réalisées pour sensibiliser les professionnels (journal interne, Gestion documentaire, quart d'heure qualité lors des réunions de service, réunion projet de soins, affichage, journées à thèmes...).

Les ressources en compétence au travers de la cellule qualité (RAQ et assistant), matérielles (logiciel dédié), documentaires (gestion documentaire accessible) sont disponibles dans les secteurs.
Ces ressources sont facilitatrices pour le suivi des actions de maîtrise des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité.
Les professionnels signalent les EI.
Tous le mois l'EOGR (Équipe Opérationnelle Gestion des Risques) réalise une revue de l'ensemble des EI.
Les EI font l'objet d'une analyse des causes notamment profondes pour EI graves et récurrents (CREX), selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.
Les vigilances sont opérationnelles, la veille sanitaire est opérationnelle.
Les circuits sont respectés et les interfaces entre services sont opérationnelles.
La traçabilité des actions et activités est assurée.
Le recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel. La prise en compte des réclamations et traitement de première intention avec analyse qualitative et quantitative et assurée par la CDU.
L'établissement organise la mise en œuvre de démarches EPP.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs nationaux, tableaux de bord par processus, analyse des EI, Résultats des audits planifiés annuellement, bilans d'activité, etc).
L'évaluation du processus repose sur un dispositif (revue de processus) englobant le suivi des actions identifiées au programme par Le COPLI QGR en lien avec les responsables identifiés.
L'évaluation de l'efficacité du PAQSS porte sur l'ensemble des plans d'actions associés.
La politique EPP est évaluée et le suivi de l'état d'avancement des différentes EPP est réalisé et les professionnels disposent de mesures d'impact.
L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des analyses de questionnaires de sortie avec un taux de retour significatif.

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 actions d'amélioration sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels.
Elles sont mises en place au niveau de l'établissement.
Le suivi des actions d'amélioration est réalisé et les professionnels des unités disposent de tableau de suivi des actions identifiant objectif, échéance, responsable et suivi d'efficacité.
Des supports et modalités de diffusion sont établis (journal interne, Gestion documentaire, instances, quart d'heure qualité lors des réunions de service, réunion projet de soins, affichage...).

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.
Très récemment, suite au COPIL QGR, le Compte Qualité a été actualisée au regard du suivi de l'impact des actions d'amélioration.

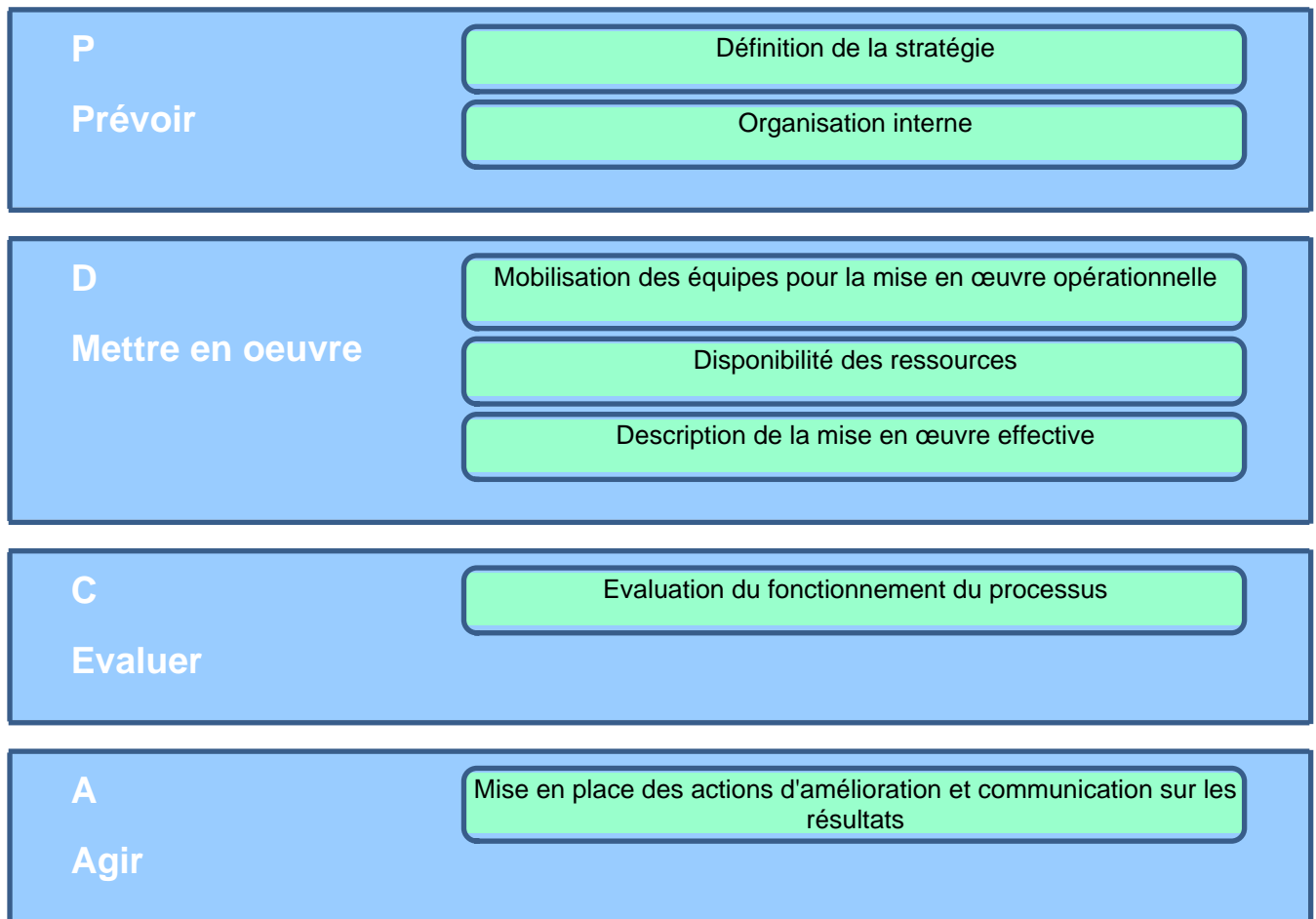
DROITS DES PATIENTS

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
<p>Le respect des droits des patients et inscrit dans le Projet d'Établissement 2018-2022 sous forme de fiches action. La stratégie et les objectifs sont élaborés sur la base de l'identification des missions, du contexte et d'une analyse des principaux risques propre à l'établissement notamment droits et information, participation et consentement du patient, la confidentialité, la dignité, l'intimité, la restriction de liberté et la bientraitance. Cette stratégie, élaborée par le groupe de pilotage avec la participation active d'un représentant des usagers, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, intégrant au programme qualité gestion des risques avec des objectifs d'amélioration.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (réfèrent Mieux traitant), matérielles et documentaires (charte de prévention de la bientraitance), nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Des procédures sont en place (information patient en cas de dommage liés aux soins, livret d'accueil, dépliants, etc.). La CDU est fonctionnelle. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (quart d'heure bientraitance lors de chaque réunion de service). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur la concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes. Des actions de communication sont réalisées pour sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques (personne de confiance, intimité, contention, etc.). Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au niveau de leur étage ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Des formations et fortes sensibilisations sont réalisées (formation au droits des usagers, respect de la personne soignée, tutorat, quart d'heure qualité lors des réunions de service, intervention de l'encadrement, notes de service). Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels et des représentants des usagers.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (dont locaux, chambre à 1 lit et équipements) et documentation (gestion documentaire, accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs. Les procédures sont consultables via la gestion documentaire informatisée (y compris pour les représentants des usagers). La CDU se réunit 4 fois par an et les représentants des usagers participent aux réunions des instances (COPIL QGR, CLIN, CLAN, CLUD). L'information sur les représentants des usagers avec leurs coordonnées est affichée dans tous les étages de l'établissement. Des informations sont réalisées dans le champ de la bientraitance et de l'accueil du patient (quart d'heure bientraitance, dépliant, affichage).</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.</p>

Des STAFF pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisés.
Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients).
La traçabilité des actions et activités est assurée.
Les pratiques des professionnels respectent la confidentialité des informations tout au long de la prise en charge et l'intimité des patients notamment pendant les soins.
L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est assuré (salon des familles, lits d'appoint, repas).
Les pratiques permettent le respect des libertés individuelles.
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.
Le patient participe à l'élaboration de son projet personnalisé de soins.
Le consentement éclairé du patient est recueilli.
Les patients sont informés sur leur état de santé et les soins proposés notamment en cas de dommage lié aux soins.
Les représentants des usagers viennent régulièrement dans l'établissement et rencontrent les patient au cours du repas en salle à manger et des bénévoles interviennent régulièrement dans l'établissement.
Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilans d'activité, suivi des plaintes et réclamations, demandes d'accès des patients à leur dossier).
Le rapport annuel d'activité de la CDU est réalisé, il est présenté aux instances et en CME.
La satisfaction du patient est évaluée au travers des questionnaires de sortie (avec un taux de retour dépassant les 50%), des enquêtes ponctuelles (bienveillance, jeune nocturne, animation, douleur) ou de parcours en lien avec la CDU (méthode AMPATHIE).

A / AGIR

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

Suite à ces évaluations et aux recommandations de la CDU des actions d'amélioration sont proposées en COPIL QGR.
Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.
Des supports et modalités de diffusion sont établis.
La communication des résultats des indicateurs et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (instances, quart d'heure qualité lors des réunions de service, affichage, gestion documentaire, journal interne).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

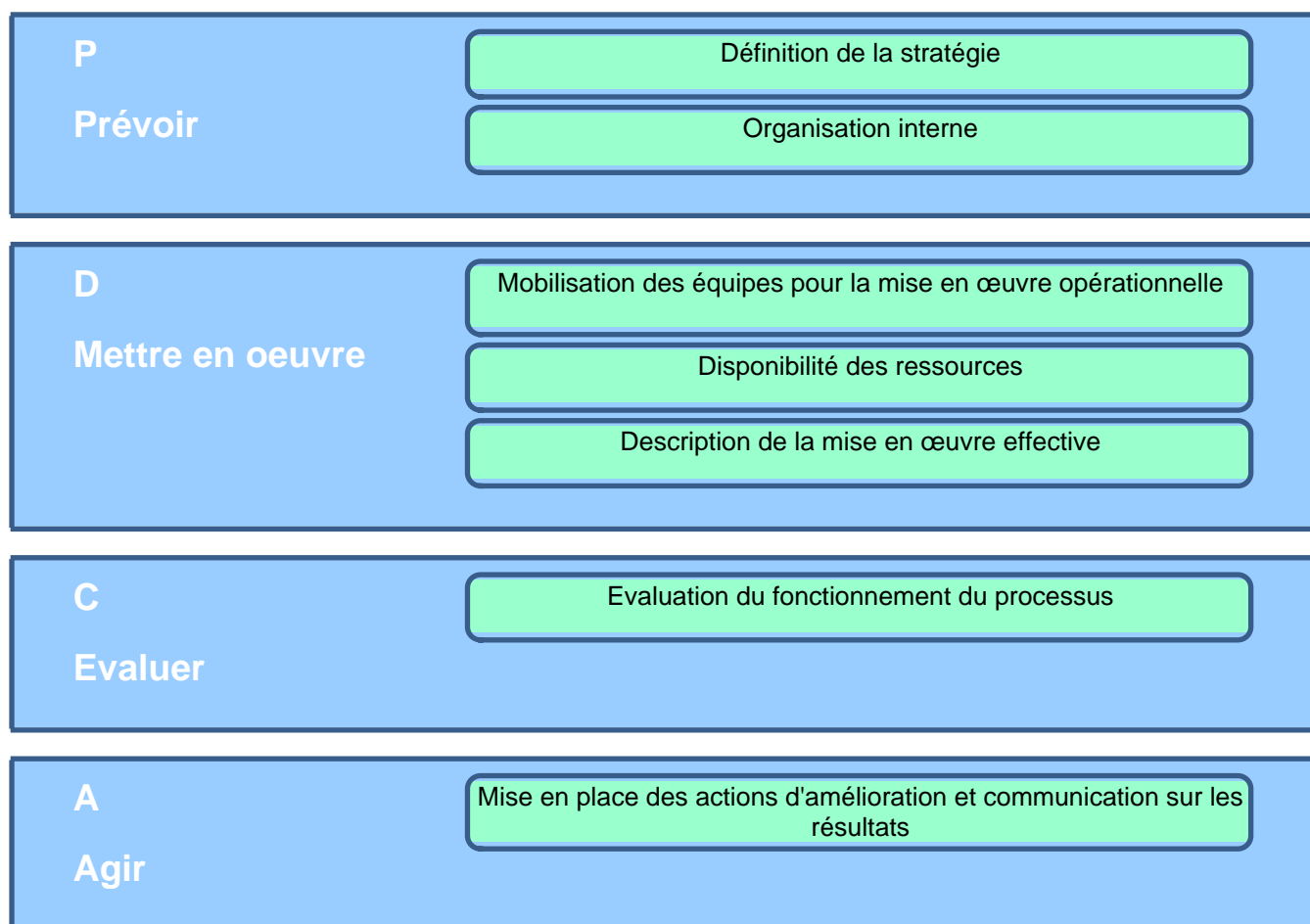
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de SSR de TRESSERVE "ARC-EN-CIEL" a fait part de son intention d'être associé au Groupement Hospitalier de Territoire Savoie-Belley, autour du Centre Hospitalier Métropole Savoie, avec lequel est engagée une réflexion commune autour de l'optimisation de la filière SSR.

La stratégie de l'établissement est de répondre aux besoins de prise en charge en SSR pour la patientèle de la filière gérontologique notamment en ortho-traumatologie du sujet âgé polyopathologique, en cancérologie et en soins palliatifs principalement sur les bassins d'Aix les Bains et de Chambéry. L'établissement, pourvu de 70 lits en hospitalisation complète souhaite à court terme, s'inscrire dans une prise en charge en ambulatoire notamment par la mise en place d'un HDJ gériatrique. Les axes principaux de ce projet sont définis : réhabilitation en oncologie / ortho traumatologie / patient chuteur. Un accord existe pour 10 places à échéance de fin 2019.

Le projet d'établissement 2018/2022 a été écrit à la suite d'une évaluation du précédent projet. Des objectifs sont définis sur le parcours patient : instaurer une planification globale et individuelle des soins, individualiser chaque prise en charge en recueillant l'accord du patient, et structurer le projet personnalisé de sortie. Ce Projet d'Établissement 2018 /2022 est compatible avec le Schéma Régional d'Organisation de soins, composante du Plan Régional de Santé, ainsi qu'avec les orientations stratégiques du groupe UGECAM Rhône-Alpes.

Des groupes de travail pluriprofessionnels ont été mis en place pour analyser les risques. Les sources de données utilisées pour identifier ces risques ont été les IQSS, les patients traceurs réalisés dans toutes les unités, et les CREX réalisés suite aux Fiches d'événements Indésirables. Les principaux risques relevés ont été l'inadéquation de l'admission, le risque de chutes, et l'absence de coordination entre les catégories Socio-Professionnelles due au défaut de transmissions et au logiciel.

La validation s'est effectuée en COPILQGR et en CME.

Le plan d'action sur le parcours patient s'est orienté vers une meilleure gestion des lits, la relance de l'EPP patients chuteurs et la sensibilisation des professionnels à la traçabilité des soins en vue de la formalisation d'une planification globale. Ce plan est inclus dans le plan institutionnel et le compte qualité intègre la totalité de ce plan.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes institutionnels ayant des fiches de missions (médecin président de CME, Direction des soins) et opérationnels (coordinatrice des soins, IDE, Kiné, secrétaire médicale) sont identifiés par les professionnels. Ils interviennent chacun à leur niveau sur le parcours patient.

Le recrutement permet de répondre aux compétences indispensables à la prise en charge.

Le plan de formation annuel est conforme aux axes du programme d'action institutionnel.

La gestion documentaire est structurée et mise à jour.

Les interfaces sur le parcours patients sont organisées de l'admission à la sortie entre les services administratifs et de soins. Une procédure générale d'accueil du patient en décrit les modalités, et les intervenants pour chaque étape

Les interfaces avec le laboratoire et les services d'imageries sont organisés et permettent d'avoir des retours de résultats compatibles avec la prise en charge du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action décline des axes sur la dénutrition, la douleur, le risque suicidaire. Des EPP sont en cours sur la pertinence de la prescription de CNO, sur les pratiques de l'évaluation sociale initiale. L'EPP sur les chutes est en « stand-by » mais va se poursuivre car indispensable au regard de la patientèle accueillie, d'autant que la prise en charge du patient chuteur est un objectif de la mise en place de l'Hôpital De Jour.

Une action est en cours pour sensibiliser l'ensemble des professionnels de toutes les catégories à la traçabilité des actions de soins.

La planification globale et individuelle des soins est un axe prioritaire en cours de réflexion qui à ce jour, est difficile à mettre en place au regard des limites du logiciel de soin.

L'activité est régulièrement évaluée et les professionnels sont informés des résultats.

L'analyse des FEI permet la mise en place d'actions correctives identifiées par le médecin, le service qualité et l'équipe d'encadrement, et avec les instances concernées. Les professionnels sont informés régulièrement par affichage du bilan de ces FEI et des actions correctives à mettre en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences nécessaires en médecin, IDE, AS, kinésithérapeutes sont disponibles sur l'établissement. On retrouve également du temps de psychologue, de diététicienne, et d'assistante sociale. Il existe cependant un manque de professionnels en ergothérapie, et en psychomotricité. Il est envisagé de renforcer ce personnel du plateau technique lors de la mise en place de l'HDJ. A noter la présence d'un Enseignant en Activité Physique Adaptée et d'un aide-kiné. Des soignants ayant des formations en réflexologie, en sophrologie, en médiation animale favorisent la mise en place de prises en charges spécifiques, et le traitement non médicamenteux de la douleur. Un médecin rééducateur intervient 2 fois par semaine. Il rencontre tous les patients d'orthopédie / traumatologie avant leur sortie.

Le système de garde et d'astreinte est organisé y compris pour la kinésithérapie permettant de réaliser en urgence de la kinésithérapie respiratoire

Il existe des professionnels référents sur les thématiques douleurs, bien-être, nutrition, soins palliatifs, plaies et cicatrisations. Ceux-ci ont des journées dédiées sur leur temps de travail pour réaliser des actions de soins auprès des patients, et de formation / sensibilisation auprès des professionnels.

Des formations sont mises en œuvre : DU plaies et cicatrisation, soins palliatifs, stomathérapie, douleur et cancer, utilisation du charriot d'urgence, AFGSU...

Les ressources documentaires sont accessibles sur la GED. De nombreux documents sont créés sur le parcours patient permettant d'optimiser les prises en charge spécifiques et un tableau de suivi assure leur réactualisation.

Le manque de locaux de stockage est problématique, de même l'exiguïté des chambres mais les professionnels « s'adaptent » afin de garder une qualité de soins. Un salon des familles a été aménagé.

Le matériel est adapté à la prise en charge (lits médicalisés, lève-malade, verticalisateur,...), si besoin, il peut être complété par du matériel en location (matelas à air, pompe à nutrition,...)

La création de chambres d'HDJ est prévue au RDC dans les locaux administratifs.

Un charriot d'urgence est opérationnel au 2^{ème} étage et des sacs d'urgence dans toutes les autres unités ainsi qu'un défibrillateur dans le hall d'entrée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La commission d'admission se réunit tous les jours. Les dossiers de demande sont reçus essentiellement sur TRAJECTOIRE. Un « pré tri » est réalisé permettant d'identifier les patients en adéquation avec les possibilités de prise en charge. En effet, l'architecture des lieux ne permet pas par exemple l'accueil de patients présentant des troubles cognitifs importants, où à risque suicidaire. Une fois l'admission validée les délais d'accueil sont courts, de l'ordre de 3 à 4 jours.

Des hospitalisations ponctuelles de répit peuvent être demandées directement par les médecins traitants.

Le livret d'accueil est remis lors de l'admission par le secrétariat médical qui réalise les formalités administratives

Le patient est accueilli en chambre. Elle est préparée en fonction des données connues du patient. Avant l'admission des renseignements complémentaires sont pris auprès du service adresseur permettant la mise à disposition de matériel : ex : lève malade, matelas à air,....

IDE et AS réalisent un recueil de données selon une check-list, et font une évaluation des Activités de la Vie Quotidienne.

Le document sur la personne de confiance est remis et expliqué.

Un bracelet d'identification provisoire est posé tant que l'identité n'est pas confirmée. Celui-ci sera changé dès validation par un bracelet définitif.

La douleur est évaluée à l'admission, puis 3 fois par jour, et avant chaque prise de traitement morphinique, le plus souvent par échelle numérique.

Elle est également évaluée en kinésithérapie avant chaque prise en charge.

Une prise en charge non médicamenteuse de la douleur est réalisée par la mise en place de séance de réflexologie, de sophrologie, d'hypnose, de Technique de Libération Émotionnelle, de kinésithérapie antalgique (ces séances sont réalisées sur prescription médicale). Lors de ces séances la douleur est évaluée avant et après la prise en charge.

L'examen initial du patient est réalisé par le médecin lors d'un entretien individuel selon une trame type dans le DPI qui est identique dans toutes les unités. L'évaluation psychologique est un des items de cette grille permettant d'évaluer entre autre le risque suicidaire du patient. Lorsqu'un doute existe il est fait appel à la psychologue et le personnel exerce une vigilance accrue. Si le risque est trop important le patient ne reste pas sur la structure. En cas de besoin il est possible de condamner les portes fenêtres donnant sur les balcons.

Peu de patient présentant des troubles cognitifs sont accueillis. Des MMS sont réalisés si besoin. Les patients à risque de fugue sont identifiés et le service d'accueil situé dans le hall d'entrée est prévenu de risque de patient fugueur.

La réflexion bénéfique / risque est prise en compte si besoin. Le risque de chute est évalué. Le recours à la contention est exceptionnel, il s'agit essentiellement de contention barrières et tablettes qui sont prescrites et réévaluées en équipe lors des réunions pluriprofessionnelles.

Les demandes d'examens de biologie sont motivées. Ces examens sont réalisés par un labo extérieur et sont transmis par informatique et papier. En cas de résultat problématique le laboratoire prévient le médecin comme cela a pu être confirmé avec le patient traceur qui présentait une anémie importante.

Les examens radiologiques sont réalisés en clinique à AIX LES BAINS, ou aux Centres Hospitaliers de

proximité.
 Le médecin réalise l'ensemble des prescriptions dans le DPI. Toutes les interventions des professionnels de la rééducation, du social, et de prises en charge spécifiques (réflexologie plantaire, sophrologie, médiation animale) sont prescrites.
 Le patient est participatif dans la construction de son projet personnalisé et une durée d'hospitalisation est validée entre patient et médecin. Ce projet initial servira de trame pour les réunions hebdomadaires de suivi. Ces réunions pluri professionnelles permettent d'assurer la continuité du projet du patient. Ce projet est plus particulièrement réévalué lors de toute problématique et lors de l'approche de la sortie.
 La psychologue intervient dès qu'un contexte de fragilité est décelé, la diététicienne intervient lorsque les apports nutritionnels sont inférieurs à la normale, et sur toutes les contextes de chutes, l'assistante sociale réalise un bilan initial avec la mise en place d'objectifs de RAD et de plan d'aide.
 Pour les patients en soins palliatifs un projet spécifique est mis en place. Une « grille de repérage des patients en soins palliatifs » permet d'adapter la prise en charge et de prendre les décisions en synthèse pluridisciplinaire. Tous les professionnels du soin, de la rééducation du social sont intégrés dans ce projet. Des bénévoles d'accompagnement complètent le dispositif de prise en charge avec l'accord du patient. Les directives anticipées sont conservées dans le dossier et prises en compte.
 Les familles bénéficient d'une écoute attentive, disposent d'un salon pour se ressourcer et peuvent bénéficier de lit et de repas accompagnants.
 La sortie est anticipée y compris pour les transferts. Négociée avec le patient dès l'admission. Les aides nécessaires humaines et matérielles sont envisagées avec les professionnels d'aval (assistante sociale, kinésithérapeutes), comme cela a pu être vu avec les patients traceurs (demande de révision de plan d'aide, mise en place aide et portage repas, contact avec les professionnels du domicile, possibilité prise en charge Equipe Mobile de Soins Palliatifs, anticipation des dossiers d'EHPAD...). Le patient signe l'accord pour sa sortie, et l'ensemble des documents nécessaires à la continuité de sa prise en charge lui seront remis (lettre de liaison, ordonnances, prescription d'examen). Pour les patients en orthopédie, une consultation de sortie est systématiquement réalisée par le médecin rééducateur.
 Des avis compétent sont demandés si besoin et cela a pu être vérifié avec le patient traceur en oncologie où l'avis d'un autre médecin a été sollicité pour la mise en place d'une sédation, et l'avis du CLIN du centre Hospitalier pour une problématique BMR.
 Le patient est informé sur son état de santé et sur les examens prescrits en fonction de ses capacités de compréhension. Les annonces difficiles pour les soins palliatifs sont faites en binômes médecin / psychologue, et sont reprises plusieurs fois.
 Il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique, pour autant les patients et l'entourage reçoivent si nécessaire des informations et sensibilisation (pour les soins de stomies par exemple). Ils participent à des ateliers de groupe sur le risque de chute par l'EAPA qui est formé à l'éducation thérapeutique. De nombreux documents sont disponibles pour les patients et les familles et expliqués par les professionnels sur les compléments nutritionnels oraux, comment utiliser la Patient Control Analgésie pour l'auto administration d'antalgique à l'aide d'une pompe programmée, sur la réflexologie plantaire,...

Des ateliers sont également prescrits sur la « médiation animale » avec une AS formée. Un protocole défini la patientèle susceptible de participer à cette activité.
 Le personnel connaît les procédures à mettre en place lors d'urgences vitales.
 La sauvegarde sur clés USB des plans de soins est quotidienne par les équipes de nuit.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre avec des indicateurs.
 Les IPAQSS permettent d'évaluer la qualité de la prise en soins.
 Des EPP sont en cours sur la pertinence des CNO et sur les patients chuteurs. Des patients traceurs ont été réalisés sur toutes les unités et inclus dans le programme d'EPP.
 Des audits sont réalisés sur la conformité du port du bracelet d'identification, sur la traçabilité de la personne de confiance, sur la traçabilité de la PEC en kinésithérapie, sur la validation des soins AS / IDE, et sur l'évaluation de la remise des documents de sortie.
 Les FEI sont analysées et les actions correctives sont mises en place suite aux CREX.

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.
 Parmi ces actions d'amélioration, on peut citer la refonte de la commission d'admission qui a permis une optimisation de la gestion des lits et une meilleure adéquation de la patientèle, la formation à l'utilisation du charriot d'urgence par un médecin SAMU qui a permis l'amélioration de la révision et la traçabilité, la

création d'un modèle de lettre de liaison identique pour toutes les unités permettant l'harmonisation de la prise en charge de la sortie des patients.

Même si l'EPP sur les chutes manque de formalisation, des ateliers de prévention des chutes et « d'aide au relevage » ont été mis en place par l'EAPA.

L'information aux professionnels a lieu lors des réunions de service mensuelles, des réunions de « projet de soins » sur des thématiques identifiées. Les comptes-rendus d'instances sont à disposition sur la GED. Le journal interne « l'oreille qualité », et le « quart d'heure qualité » complètent ce dispositif d'information

Les bilans des FEI sont affichés dans les bureaux de soins.

Les usagers sont informés, le Projet d'Établissement étant accessible aux partenaires, aux patients et aux familles.

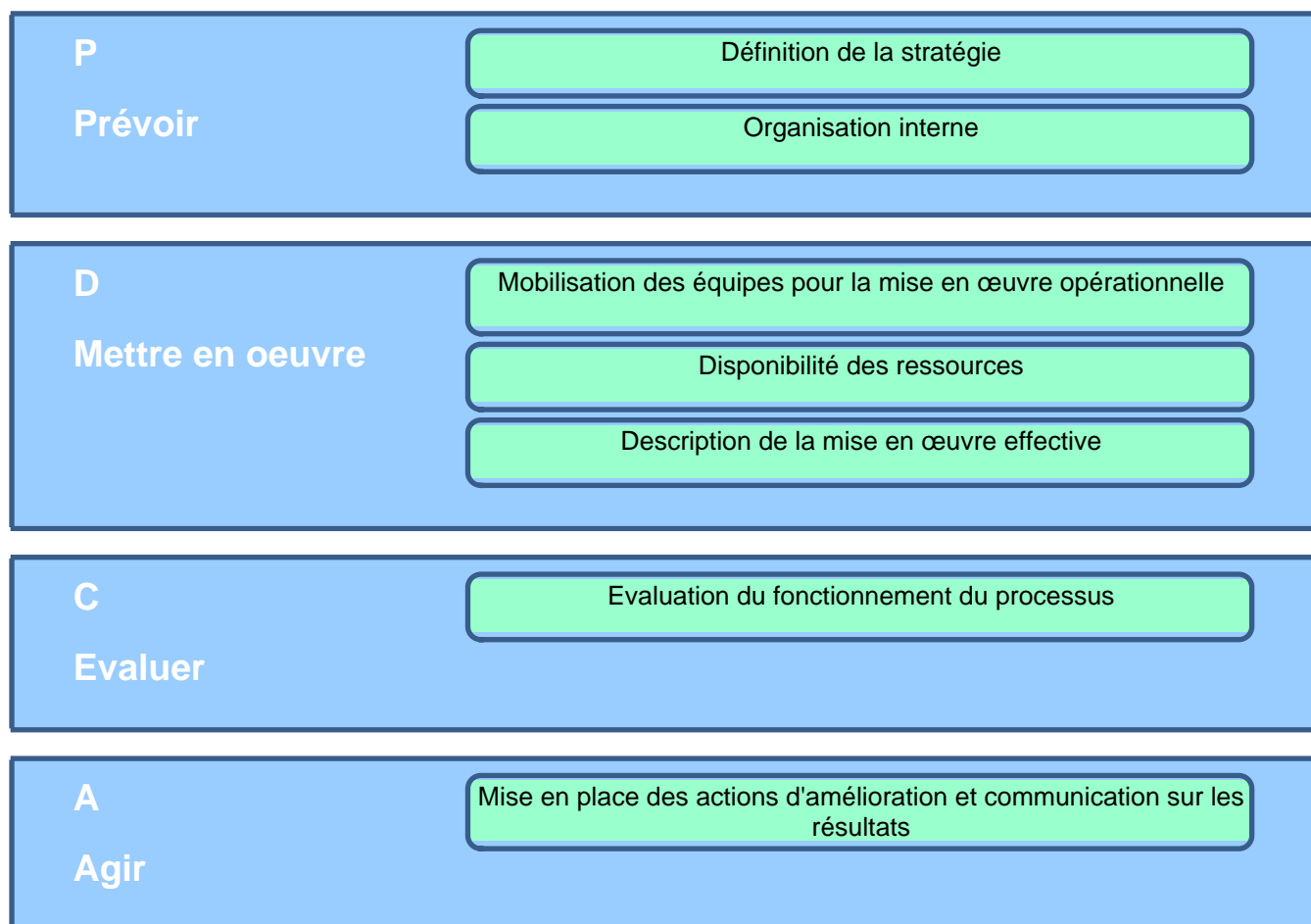
DOSSIER PATIENT

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 de gestion du dossier patient est formalisée dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022. Il existe une stratégie et des objectifs de gestion du dossier patient formalisés, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques réalisée par le groupe pilotage du processus, hiérarchisée, validée en COFIL QGR et par les instances de l'établissement. Cette analyse est mise à jour régulièrement par le groupe de pilotage. La politique 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 stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé partie intégrante du Compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote du processus a été nommé. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La coordinatrice des soins et les médecins, se chargent de ces missions. Des référents par étages ont été nommés leur missions sont définies et des temps dédiés sont organisés. Le dossier patient est composé d'un dossier informatisé et d'un dossier papier reprenant l'ensemble des documents amenés par le patient ou signés, une check-list permet d'en connaître le contenu. Les règles d'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès sont formalisées. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires (gestion documentaire informatisée) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement avec les utilisateurs et la coordinatrice pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels des services se sont appropriés ces objectifs et plans d'actions grâce à des groupes de travail et des informations régulières. Les référents sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur étage ou sur le processus. Les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. La coordinatrice veille au respect des règles de tenue du dossier. Au niveau des étages, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, mises en œuvre et suivies. Elles sont identifiées par les référents avec la participation des professionnels. Cette interaction forte entre pilote et les professionnels au travers des référents et du corps médical permet une dynamique forte d'évolution du dossier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La coordinatrice organise la formation des nouveaux arrivants. Les locaux d'archivages gérés par les secrétaires médicaux, permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Les procédures (composition du dossier et modalités de classement des différents éléments, règles de tenue, d'accès, d'archivage, de destruction et d'évaluation) sont accessibles via la gestion documentaire. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi, d'une maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement.
Les circuits sont respectés et les interfaces, entre secteurs, sont opérationnelles.
Les acteurs sont associés (équipes, instances, correspondants extérieurs, patients).
Les médecins assurent également la traçabilité régulière des informations relatives aux patients, le suivi des prescriptions et des données utiles à l'organisation des soins.
La pharmacienne salariée a également un accès aux données du patient.
La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est organisée.
L'analyse des données IQSS montre que la traçabilité des actions et activités est assurée.
Les demandes d'accès de patients à leur dossier sont tracées et suivies.
La CDU est informée du nombre de demande d'accès au dossier et des délais de communication.
Elle a également participé à la réflexion sur le respect de la confidentialité des informations.
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 régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité, analyse des EI, etc.).
Des audits de dossiers ont été réalisés par la responsable qualité et la coordinatrice afin de travailler sur les causes profondes.
L'établissement participe au recueil des indicateurs IQSS tous les ans et a mis en place des EPP sur certaines thématiques non soumises aux IQSS afin d'améliorer la tenue du dossier patient (douleur par exemple).

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 comme par exemple le changement de logiciel qui permettra en décembre 2018 d'améliorer la qualité de la prise en charge.
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.
Il est à noter que l'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions en rapport avec les indicateurs de tenue du dossier patient.
Des supports et modalités de diffusion sont établis.
La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

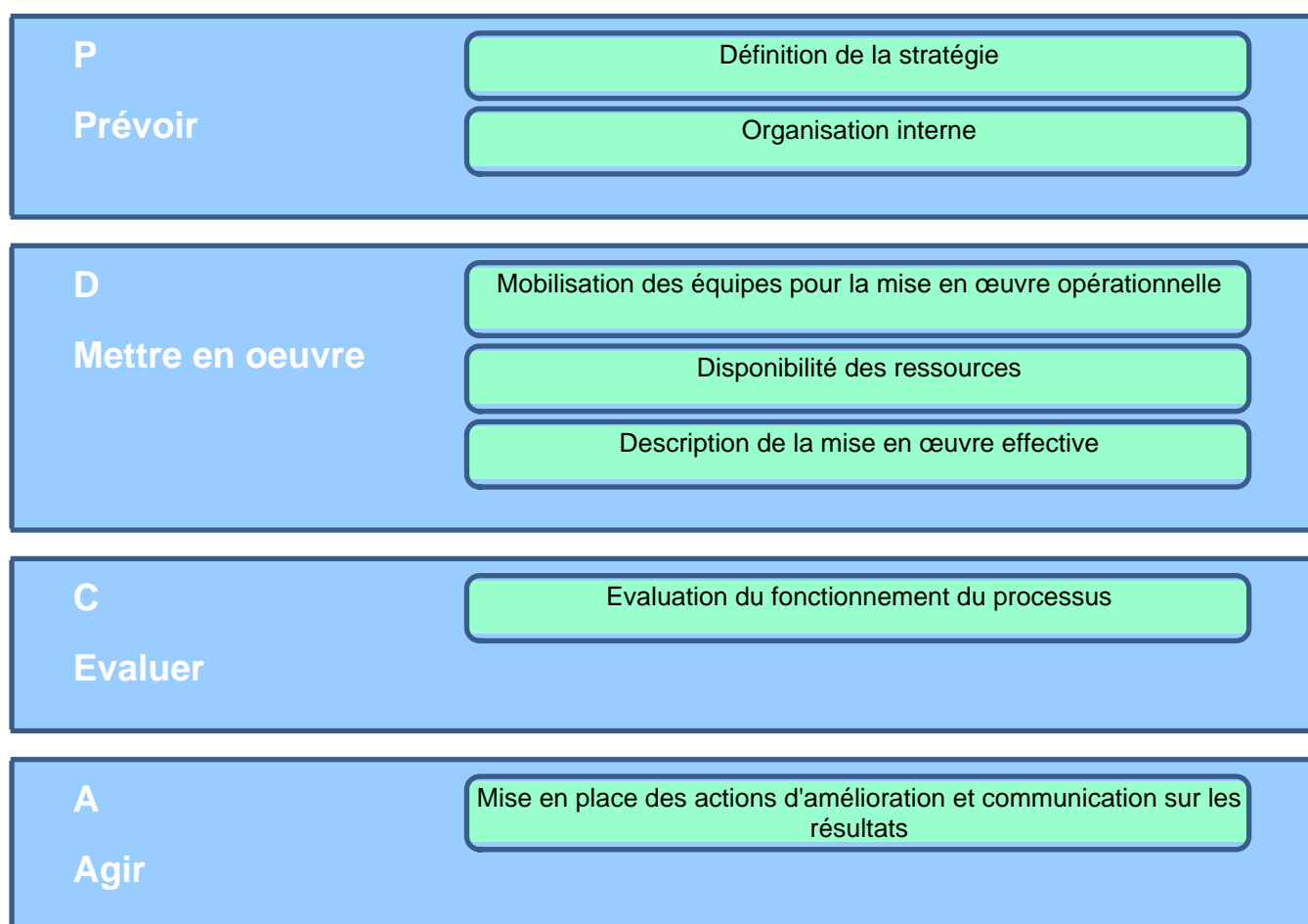
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

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

Dans le projet d'établissement 2018 / 2022, on retrouve dans le document sur la politique globale de la prise en charge médicale du patient un chapitre sur la politique de management de la prise en charge médicamenteuse. Il existe également un document "politique des médicaments / COMEDIMS à ARC EN CIEL 2016/2021". Cette stratégie est déployée sur toutes les étapes du circuit du médicament.

L'analyse du processus a été réalisée par la pharmacienne et la responsable qualité avec la mise en place d'un groupe de travail comprenant les catégories Socio-professionnelles concernées par la PECM (une IDE par service, Médecin, Cadre de santé, Préparatrice en pharmacie).

Cette évaluation a été réalisée avec l'outil INTERDIAG en 2017. Les Fiches d'événements Indésirables concernant la prise en charge médicamenteuse ont été prises en compte. Les différents risques identifiés ont été cotés et hiérarchisés. Ils ont été réévalués en septembre 2018. Les principaux risques sont l'erreur médicamenteuse sur toutes les étapes du circuit, l'erreur de dosage, et l'erreur d'administration.

Le plan d'action sur la PECM est décliné dans le plan d'action de l'établissement qui est validé en COPIL Qualité Gestion des Risques, et par le COMEDIMS sous-commission de la CME qui se réunit 4 fois par an.

Le CAQES a été signé début 2018.

Le PAQSS est régulièrement remis à jour, et sert de document de référence pour le compte qualité qui inclut tous les risques sur le circuit du médicament.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins.

Le SSR ARC EN CIEL dispose d'une PUI et fonctionne en dispensation nominative globale.

La pharmacienne est identifiée comme responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et sa fiche de poste définit ses missions notamment l'animation du COMEDIMS. Le médecin président de la CME est copilote.

Le plan annuel de formation tient compte des besoins nécessaires sur le processus.

Il existe un « manuel de la qualité de la prise en charge médicamenteuse » structurant l'ensemble des procédures mises en place pour renforcer la sécurisation du circuit du médicament.

Un livret de fonctionnement de la PUI, à la disposition des professionnels dans toutes les unités décrit l'organisation interne sur le circuit du médicament.

Le système d'information est structuré permettant l'informatisation complète du circuit du médicament.

Les interfaces pour l'approvisionnement des services par la pharmacie sont organisées. La concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité est facilitée, la pharmacienne étant disponible et très présente auprès des secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel de la PECM dans les unités est réalisé par la pharmacienne et les cadres de santé (Direction des Soins / infirmière coordinatrice).

Le plan d'action sur la PECM est décliné dans le plan d'action de l'établissement. Il concerne entre autre, l'identification des médicaments à risque, l'interruption des tâches pour laquelle une sensibilisation des professionnels est en cours, et le conditionnement des doses fractionnées.

Les personnels sont très sensibilisés à la déclaration des événements indésirables sur le circuit du médicament. 13 % des FSEI concerne le circuit du médicament (erreur d'administration, non-respect des procédures, erreur avant l'administration). Celles-ci peuvent faire l'objet d'un CREX (3 en 2017, 1 en 2018) faisant participer les professionnels concernés à l'analyse et au plan d'action à mettre en œuvre avec des actions correctives. Les actions correctives à mettre en place sont incluses au plan d'action et présentées en réunion de service par la pharmacienne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

La pharmacienne, et la préparatrice en pharmacie sont présentes tous les matins et 3 après midi en semaine.

La pharmacienne et le la cadre de santé sont formées aux CREX. La préparatrice en pharmacie est formée

sur les dispositifs médicaux

La pharmacienne participe à la formation et à la sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses lors de réunions « projet de soins » sur des thématiques identifiées sur le circuit du médicament. Elle intervient également pour des actions de sensibilisation programmées dans les services, et de manière informelle. Une formation par exemple a été effectuée dans les unités sur le MEOPA avec un laboratoire.

L'ensemble des documents diffusés et validés sur la PECM est disponible sur la GED.

La procédure générale circuit du médicament décline le processus de la prescription à l'administration. Les médicaments à risque font l'objet de procédures opératoires spécifiques (insuline, anticoagulants, KCI). Le livret thérapeutique est complété par un livret spécifique pour la PECM du sujet âgé

Des réfrigérateurs sont disponibles dans les unités exclusivement pour les médicaments et sont contrôlés électroniquement par sonde. Les CNO sont stockés dans des réfrigérateurs spécifiques.

Les locaux sont sécurisés tant au niveau de la PUI que des salles de soins, et les règles de gestion de rangement et de stockage des médicaments sont respectées. Charriots de soins sécurisés et PC permettent la distribution des traitements dans des conditions optimales.

Un charriot d'urgence vitale est à disposition au 2^{ème} étage et des sacs d'urgence dans les autres unités. Leur composition est réévaluée tous les 6 mois et les péremptions tous les mois.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La procédure générale circuit du médicament décline le processus de la prescription à l'administration. L'ensemble du circuit est informatisé.

La prescription initiale est réalisée en tenant compte du traitement indiqué sur la demande trajectoire, et du traitement habituel du patient.

La prescription en cas d'urgence peut être réalisée à distance.

Le logiciel actuel ne permet pas de donner une alerte pour la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 h, mais les médecins sont vigilants et se sont organisés. Le nouveau logiciel en décembre prévoit cette alerte.

L'Analyse pharmaceutique est réalisée au plus près des prescriptions.

La permanence pharmaceutique est organisée en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Des dotations pour besoins urgents existent à minima dans les unités et une dotation plus importante dans la pharmacie de la salle de soins du 3^{ème} étage. En cas de besoin en dehors de la présence de la pharmacienne il est possible de se dépanner dans une pharmacie de ville de TRESSERVE ou en cas de molécule spécifique aux centres hospitaliers d'Aix les Bains ou de CHAMBERY selon une procédure opératoire.

Les médicaments sont transportés de la pharmacie aux unités par la préparatrice en pharmacie dans des contenants sécurisés.

L'administration et sa traçabilité sont assurées uniquement par les IDE selon des pratiques conformes comme cela a pu être observé dans les vérifications de terrain.

Les piluliers sont préparés par les IDE de nuit.

La distribution des traitements est réalisée en chambre par les IDE. Les traitements sont conservés sous blisters. Les comprimés non conditionnés unitairement seront préparés au dernier moment lors de l'administration. La traçabilité y compris des « non prises » est réalisée en temps réel.

La prise en charge des traitements personnels des patients est organisée. Ils seront rendus au patient à sa sortie, seulement si ce traitement est poursuivi.

Les médicaments à risque font l'objet de procédures opératoires spécifiques (insuline, anticoagulants, KCI). La liste de ces médicaments a été réalisée et leur identification dans la PUI et dans les pharmacies des salles de soins est effective par un étiquetage de couleur spécifique.

Une éducation est réalisée pour les patients ayant des traitements sous AVK, insulines, antalgiques, morphiniques, en fonction de leur capacité de compréhension.

La liste des médicaments du charriot et des sacs d'urgence est réévaluée tous les 6 mois, et les péremptions sont contrôlées tous les mois en binôme IDE référente hygiène et IDE de l'unité.

Des sauvegardes des prescriptions sur clés USB sont réalisées toutes les nuits par les IDE, en cas de panne informatique.

Les alertes de l'AFSSAPS arrivent à l'accueil et par mail sur le PC de la pharmacie.

En revanche, les conditions de stockage des médicaments dans les services ne sont pas partout sécurisées. La salle de soins du RDC est accessible à du personnel non habilité car ce local contient également une armoire de linge. Lors des investigations terrain, il a été observé que l'armoire à pharmacie dans ce local avait les portes ouvertes, non sécurisées. L'établissement a été très réactif. Dès le lendemain un flash info a été affiché, le linge a été déplacé dans un autre local et les IDE ont été resensibilisées à la fermeture à clefs des armoires à pharmacie. Cette action a été introduite dans la plan d'action du circuit du médicament et dans le PAQSS global. 2 FEI ont été réalisées et un CREX sur ce dysfonctionnement est programmé à court terme.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi.
INTERDIAG a été réalisé en 2017 mais auparavant des évaluations avaient déjà été effectuées avec un autre outil permettant une cartographie des risques.
Des évaluations ont été réalisées par exemple sur la conformité des piluliers, la réévaluation de l'antibiothérapie, le contrôle des armoires à pharmacie et du matériel d'urgence, le contrôle des sauvegardes.
Des CREX sont programmés et intégrés dans le programme d'EPP.
Des indicateurs sont mis en place : taux de traitement médicamenteux avec analyse pharmaceutique, pourcentage des FSEI concernant la PECM, consommation de CNO.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées avec le programme d'actions institutionnel.
Un plan d'action sur la PECM est intégré au plan d'action de l'établissement.
Le changement de logiciel permettra en décembre 2018 d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse notamment par la prescription en DCI.
Un protocole pour les traitements en permission est finalisé.
Des fiches techniques ont été réalisées pour des soins spécifiques (PCA / pompes à nutrition,...)
La liste des médicaments à risque est mise en place. Leur identification dans la PUI et dans les pharmacies des salles de soins est effective (étiquettes de couleur spécifique).
La conciliation médicamenteuse pour la sortie est en cours de réflexion.
La communication des résultats et actions d'amélioration est réalisée, auprès des professionnels et des usagers.
Les professionnels sont informés des améliorations lors des réunions d'équipe, du quart d'heure qualité, sur le journal interne et par des temps informels, la pharmacienne étant très présente sur les unités. Les comptes rendus du COMEDIMS sont disponibles sur la GED.
Les usagers sont informés lors des réunions d'instance et au COPIL.