



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE MÉDICAL  
PÉDIATRIQUE LA MAISONNÉE**

**68 avenue du chater  
69340 Francheville  
JANVIER 2018**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

LA MAISONNEE SSR PEDIATRIQUE	
Adresse	68 avenue du chater 69340 Francheville
Département / région	RHONE / 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	690790472	LA MAISONNEE SSR PEDIATRIQUE	68 avenue du chater 69340 Francheville

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	47	8

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention inter-établissements pédiatrique entre les structures SSR-MCO-HAD avec 45 partenaires,</li> <li>- ALLP : mise à disposition de matériels médicaux,</li> <li>- ART &amp; ENFANCE : prestations de service (activités manuelles),</li> <li>- DOCTEUR CLOWN : animation par des clowns,</li> <li>- EOLAB 3000 : prestation de biologie médicale,</li> <li>- FONDATION RICHARD,</li> <li>- HCL – HFME : partenariat pour la polygraphie du sommeil,</li> <li>- HCL – ESPRI : Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux,</li> <li>- I.M.E. JUDITH SURGOT,</li> <li>- I.M.E. LES SITTELLES,</li> <li>- LES BLOUSES ROSES : intervention de bénévoles,</li> <li>- M.A.S. VIOLETTE GERMAIN,</li> </ul>

- RESEAU BUCCO-DENTAIRE : prestations en santé orale,
- RESUVAL : Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône,
- CLINIQUE DU VAL D'OUEST : prestation d'imagerie médicale,
- PHARMACIE DU VIADUC.

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



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

## **2. Avis prononcés sur les thématiques**

### **3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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

### **5. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
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	Enfant	SSR	à préciser	HC	Complexe	SSR
2	Enfant	SSR	à préciser	HDJ	Simple	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

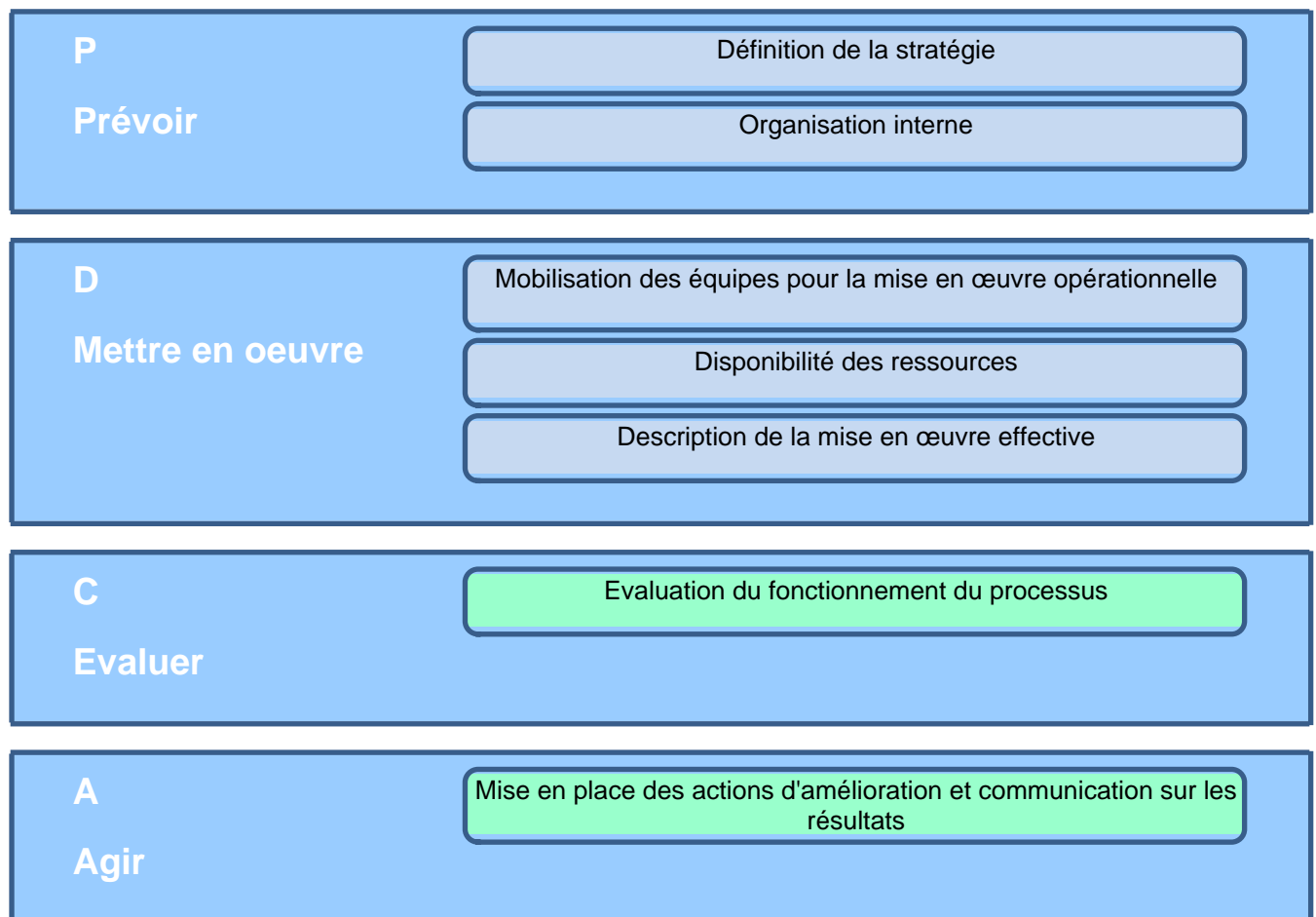
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

La direction nationale du groupe UGECAM, pour structurer la démarche Qualité et le contrôle interne (démarche qualité des processus supports) s'est engagée dans un système de management par processus (appelé SMI : Système de Management Intégré au sein de l'Assurance Maladie).

Pour ce faire, une cartographie des processus UGECAM a été établie en 2016. La cartographie des activités décrit 3 macro-processus (direction, métiers, supports), le management de la qualité est intégré dans le macro-processus de Direction.

Des groupes de travail composés de professionnels des établissements ont mené, au niveau national, une réflexion et élaboré pour chaque processus des documents dont la composition est identique pour tous les processus (descriptif du processus, logigramme, analyse des risques, indicateurs, procédure générique d'organisation). Un comité de pilotage régional (COPIL Rhône Alpes) est chargé de coordonner les démarches qualité, gestion des risques et de contrôle interne des établissements rattachés.

Le SSR pédiatrique La Maisonnée accueille 47 enfants de moins et plus de 6 ans en hospitalisation complète (25 lits polyvalents et 22 lits spécialisés dans le domaine respiratoire) et 8 places en hospitalisation à temps partiel. La prise en charge nécessite des soins médicaux techniques importants : nutrition (alimentation parentérale), maladies métaboliques ou endocriniennes, maladies neurologiques. L'équipe médicale est diversifiée et spécialisée : pédiatres, interne et étudiant en médecine. La Maisonnée est particulièrement qualifiée pour recevoir des petits nourrissons (compétence de certains de ses pédiatres néo-natologues).

Au vu de la petite taille de l'établissement, les différents responsables de l'établissement sont membres de plusieurs instances, ce qui facilite la coordination et les échanges d'information.

La « Politique d'Amélioration Qualité et de la Gestion des Risques » (AQSS) ainsi que la « Politique d'Évaluation de Pratiques Professionnelles » (EPP) sont les documents de référence actualisés et validés par la CME pour leurs dernières versions en février 2017.

Leur élaboration est le fruit d'un travail collectif, elles sont cohérentes avec le projet d'établissement 2014-2018. Elles s'articulent entre elles en s'appuyant sur les directives du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2017-2021 signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne Rhône Alpes, en cohérence avec les objectifs du Plan Régional de Soins (PRS) 2012-2017. La politique AQSS ainsi que son programme sont enrichis et actualisés en fonction des analyses de processus, des évolutions de la réglementation et des normes de sécurité, des évolutions et orientations stratégiques du groupe UGECAM Rhône Alpes et du projet d'établissement de la Maisonnée, de l'avancée des travaux des groupes de travail et/ou d'auto-évaluation, des bilans et programmes des comités et des commissions, des études d'opinion et remarques des professionnels et des Instances Représentatives du Personnel (IRP).

Les orientations prises dans cette politique sont également basées sur les bilans Qualité et Gestion des Risques précédents, notamment : les résultats de la certification V2010, les résultats d'audits internes, audits nationaux (IQSS, ICALIN), les évaluations des pratiques professionnelles ; les résultats des questionnaires aux familles ; les analyses des fiches d'événements indésirables, etc.

Pour analyser ses risques, l'établissement a travaillé avec les professionnels issus de chaque secteur et a mené une analyse identique pour toutes les thématiques de la V2014 : évaluation de la fréquence et de la gravité (criticité) et du niveau de maîtrise grâce à l'échelle proposée par la HAS pour le Compte Qualité, qui donne la criticité nette. En est déduite la priorisation des actions et la détermination d'indicateurs ou d'éléments de suivi en lien avec le risque déterminé. Le suivi des cartographies des risques permet de définir les risques majeurs. Les risques professionnels sont répertoriés dans le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) réactualisé annuellement. Le compte Qualité a été déterminé en groupe de travail avec les pilotes et co-pilotes institutionnels des processus, validé par le Bureau Qualité Gestion des Risques (BQGDR).

Les risques retenus pour la rédaction du compte qualité sont choisis parmi ceux dont la criticité nette est la plus élevée et ceux qui correspondent aux incidents ou dysfonctionnements relevés dans les services. Le niveau 16 sur 125 a été choisi pour déclencher systématiquement une action. Les groupes de travail, composés de professionnels représentant les différents métiers de l'établissement, ont retenu des risques prioritaires en fonction de leurs contextes et de leurs enjeux. Un retour a été fait auprès des équipes sur le terrain.

Le CSSRP La Maisonnée a établi une stratégie avec des objectifs et priorités d'action au regard des risques identifiés. Celle-ci est revue chaque année après étude des résultats du PAQSS.

La directrice de l'établissement, conjointement avec le président de la Conférence Médicale d'Établissement (CME), définissent dans le manuel qualité les dispositions du système de management de la qualité de la prise en charge (gouvernance, coordination et mise en œuvre opérationnelle) afin « d'être en mesure d'accueillir, écouter, informer et proposer aux enfants, aux partenaires et aux prescripteurs des prises en charge intégrant qualité et sécurité pour l'ensemble des enfants et des personnels de la

Maisonnée avec un souci permanent d'amélioration continue de nos savoirs faire, de nos relations et de nos résultats ».

Le projet d'établissement intègre notamment la stratégie EPP. L'évaluation des Pratiques Professionnelles est une orientation stratégique de l'établissement qui s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les EPP sont en concordance avec les priorités de santé publique, les enjeux liés à la prise en charge des patients et les indicateurs de pratiques cliniques pertinents au regard de l'activité de l'établissement. Le règlement intérieur des EPP précise le rôle et les missions de cette commission.

Outre des EPP suivies par système d'indicateur, l'établissement travaille actuellement sur les 5 EPP suivantes : douleur, réévaluation des antibiotiques (ATB), suivi des vaccins, check-list de sortie, aérosols.

La démarche de certification V2014 a été présentée aux équipes et à la CME. La stratégie Qualité et Gestion des Risques a été validée en CME et en CDU (Commission Des Usagers).

Le PAQSS institutionnel est relié à la politique, il est établi sur la base de la veille réglementaire et des vigilances, du bilan des groupes thématiques et des instances et de leurs programmes, de l'évaluation des risques a priori, de l'analyse des événements indésirables (EI) notamment des dysfonctionnements majeurs et récurrents, des différents audits, EPP, évaluations menées et des résultats obtenus, de l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients, des recommandations de la Commission Des Usagers (CDU). Il est basé sur l'approche processus et coordonné par le BQGDR.

L'établissement a initié un plan d'action par instance et par thématique pour la certification V2014.

Les plans d'actions sont suivis par les présidents d'instance et les pilotes des processus. Ils sont mis à jour de façon régulière. Ils sont suivis en mode projet et comporte des objectifs, actions, responsables, échéances, modalités de suivi.

L'établissement a mis en œuvre conformément à la loi du 9 août 2004 une politique de prévention et de gestion de crise. Elle dispose d'un plan blanc réévalué annuellement dont l'élaboration et la mise en œuvre implique l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Il comprend un descriptif de l'établissement, de la cellule de crise, les procédures et protocoles en lien (Plan Continu d'Activité, Plan Canicule, Vigilances Sanitaires). Son existence, son contenu et son emplacement sont régulièrement rappelés aux collaborateurs lors des réunions d'équipe.

Le document unique d'évaluation des risques professionnel est révisé chaque année en collaboration avec les représentants du personnel et le médecin du travail. Les risques sont analysés par typologie, par service et sont répertoriés selon la criticité et la fréquence. En parallèle, le programme prévisionnel de prévention des risques professionnels est revu à la même fréquence.

L'intégralité du Compte Qualité est dans le PAQSS institutionnel. Ce dernier est évalué tous les ans.

## ORGANISATION INTERNE

Une assistante qualité aide au pilotage et au suivi de la démarche. Elle est chargée de conduire la démarche sous la responsabilité du Directeur et du président de la CME et avec l'appui d'un comité de pilotage de la qualité (BQGDR) et de la responsable qualité du siège. Le BQGDR est composé de l'équipe de direction (dont président de la CME) et du pharmacien. Ce bureau peut associer des invités si besoin. Ses missions sont formalisées et validées, il coordonne la mise en place, l'évaluation et le suivi de la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'ensemble de l'établissement. Ces professionnels ont reçu des formations y compris la formation à la gestion des risques associés aux soins (Responsable de la Gestion des Risques Associés aux Soins formé et nommé).

Les pilotes des autres thématiques ont été identifiés en s'appuyant notamment sur les professionnels participant aux instances existantes.

Leurs missions, rôles et responsabilités des groupes de travail sont formalisés sur une fiche adaptée et validée pour chaque thématique. Les correspondants des différentes vigilances ont reçu des formations adaptées. De même pour la sécurité des biens et des personnes et le risque incendie.

Les instances s'appuient sur les équipes qui sont régulièrement sollicitées pour apporter leur connaissance terrain en participant aux groupes de travail et au suivi des plans d'action.

L'établissement a formalisé les missions des instances au travers des règlements intérieurs.

Plusieurs outils permettent de recueillir l'ensemble des besoins et souhaits de formation émis par les salariés et notamment les entretiens annuels d'évaluation dont le support questionne directement sur les besoins de formation, les questionnaires d'évaluation renseignés par les stagiaires à la fin de chaque session de formation. Des moyens sont alloués en fonction des actions d'amélioration à entreprendre dans la mesure des besoins et des possibilités de l'établissement. Les temps de réunion sont organisés sur le temps de travail.

L'établissement a mis en place une Procédure et coordination des vigilances (réact - pharmaco - matério - identito), la prévention des risques ERP : contrôles réglementaires obligatoires réalisés par organismes agréés, maintenances réalisées avec plan d'action et suivi des contrôles externes à partir des fiches de sécurité, plan Vigipirate, plan de maintenance curative et préventive des biens, installations et bâtiments formalisés.

L'établissement dispose d'un programme d'achat concernant les locaux, matériels et équipements et couvre l'ensemble des risques identifiés. Les professionnels disposent d'une salle de réunion équipée en informatique. La gestion documentaire utilisée au sein de l'établissement s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles gérées au niveau du groupe UGECAM. L'établissement s'assure de l'enregistrement et de la réévaluation de ses protocoles et procédures par le biais de son propre système

documentaire. Cet outil est ouvert à tous, il permet la consultation de toutes les bonnes pratiques (procédures, protocoles). A leur arrivée, les salariés sont formés à l'utilisation de la gestion documentaire. Un audit permet d'évaluer l'appropriation et la compréhension du système. La procédure des procédures est validée. Le schéma directeur du système d'information est validé. La charte informatique précise les droits et devoirs des utilisateurs, les règles d'utilisation des postes informatiques, de la messagerie, d'internet, du téléphone. Un référent du système d'information est désigné. La gestion des interfaces est organisée formellement. Le Bureau QGDR est composé de membres de la direction, de la CME et des cadres de proximité ce qui permet, au vu de la taille de l'établissement, des échanges directs entre professionnels. La fiche de mission du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins stipule son rôle facilitant entre les niveaux stratégiques et opérationnels.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le BQGDR s'assure de la mise en œuvre du programme d'actions. Le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) est élaboré annuellement et suivi. Les actions peuvent être classées selon le processus auxquelles elles appartiennent. Les groupes de travail sont chargés du suivi de l'évolution des actions. Le PAQSS est aussi régulièrement alimenté par les actions découlant des événements indésirables, des audits et contrôles réglementaires. Sur le modèle du compte qualité, les dates de début et de fin prévisionnelles et réelles sont renseignées. La CDU a également été sollicitée pour l'identification et la hiérarchisation des risques retenus pour l'élaboration du compte qualité Droit des Patients avant présentation et validation en CME. Les représentants de usagers ont validé la politique qualité et le PAQSS. La sensibilisation des professionnels sur les objectifs est déployée par différents moyens : formations internes sur différentes thématiques, implication dans les instances, informations du suivi des Événements Indésirables, tableau de suivi des indicateurs, risques principaux et des priorités retenues. L'établissement publie en interne les comptes rendus des instances, supports de formations internes. La sensibilisation des nouveaux arrivants est effectuée à l'accueil des salariés. Elle intègre une sensibilisation sur la démarche qualité et une formation sur la déclaration informatique des événements indésirables. La formation aux gestes d'urgence est assurée chaque année pour l'ensemble des professionnels. Les équipes rencontrées par les experts visiteurs ont montré leur mobilisation sur les risques inhérents aux pathologies des patients soignés, aux spécificités de chaque prise en charge et aux risques particuliers qu'ils rencontrent. Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration par le secteur d'activité (indicateurs, EPP, analyse des événements indésirables) sont menées. Les outils qualité (tableau de suivi des événements indésirables, tableau de suivi des indicateurs) ont été revus pour optimiser leur suivi. Les professionnels sont informés de leurs résultats. Avec les cadres de proximité et en groupe de travail, ils sont associés à l'identification et au choix des actions correctives.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement bénéficie de l'appui du groupe UGECAM pour la définition, la mise en œuvre et l'organisation des actions de formation des salariés. Les professionnels des groupes de travail et les référents ont bénéficié de formation sur la gestion des risques, l'analyse processus, l'analyse des événements indésirables et l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves, le patient traceur, les EPP. Le plan de formation 2017 a été suivi. L'établissement procède à l'intégration des nouveaux arrivants en organisant son adaptation au poste de travail, avec notamment une visite des locaux et de la sécurité incendie, une présentation du dossier patient, de la gestion documentaire, des événements indésirables, du circuit du médicament et de la procédure AES (Accident d'Exposition au Sang), de la stratégie de respect des droits des patients et du fonctionnement de l'identitovigilance. Leur accueil est organisé dans les services avec un dispositif de parrainage. Les ressources documentaires (veille réglementaire, bonnes pratiques, dispositions légales), sont disponibles grâce à un dispositif coordonné par l'assistante qualité. Les documents utiles à la gestion des risques sont concertés, réactualisés et disponibles. En ce qui concerne le risque incendie et la sécurité des biens et des personnes, les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Les équipements d'hébergement et matériels médicaux et de kinésithérapie, outils informatiques sont disponibles, adaptés au projet d'établissement et entretenus. Un programme de maintenance est déployé.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La politique est mise en œuvre dans l'établissement. L'établissement met en œuvre des actions d'analyse des risques. Les objectifs poursuivis par chaque action du PAQSS sont suivis par les professionnels qui participent à des groupes de travail et commissions qui les concernent.

Le plan de formation pluriannuel est mis en œuvre.

Le programme d'EPP est déployé et suivi, il associe les professionnels concernés.

L'établissement met à disposition des comités et des groupes de travail les ressources matérielles nécessaires. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu.

La démarche d'évaluation des risques a priori est mise en œuvre par son actualisation annuelle et par sa cotation réévaluée pour s'inscrire dans l'échelle HAS du Compte Qualité.

La procédure de gestion des événements indésirables est connue de tous. En association avec les professionnels, le BQGDR évalue la criticité de l'événement indésirable déclaré à fréquence mensuelle. Si celui-ci le nécessite, son examen est fait immédiatement, une mesure corrective et/ou un plan d'amélioration sont décidés. Le dispositif de gestion des événements indésirables est utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il permet leur déclaration et en facilite l'analyse, le retour, l'exploitation statistique et cinétique. A noter que le signalement est en augmentation régulière.

Les événements indésirables sont classés par typologie et le suivi est assuré après analyse. Un point régulier est fait en instances et un compte-rendu est diffusé. L'analyse par le BQGDR permet de réajuster la fréquence et la gravité des éléments de la cartographie des risques. Le traitement des événements indésirables a donné lieu à des actions d'amélioration à l'échelle des services.

Les événements indésirables graves ont fait l'objet d'une analyse à l'échelle de l'établissement (Retour d'Expérience, méthode 5M, RMM, arbre des causes). Chaque EPP de l'établissement est supervisée par une instance, pluridisciplinaire. Il existe pour chacune un engagement opérationnel sur le terrain. Un tableau de bord récapitulatif des EPP est mis à jour dès que nécessaire et présenté régulièrement aux collaborateurs.

Le suivi de la sécurité est assuré par le responsable entretien en collaboration avec la directrice adjointe. Un programme de suivi des vérifications réglementaires et des maintenances est formalisé et suivi mensuellement par la direction.

L'établissement assure une veille concernant le déclenchement des divers plans de santé publique. Le plan de gestion de crise contenant le plan blanc, la canicule, et le risque d'épidémie est réactualisé tous les ans. Une cellule de crise est définie pour l'ensemble des plans.

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels est revu annuellement avec les membres du CHSCT après enquête auprès des personnels.

En ce qui concerne le risque alimentaire, le déploiement de la méthode HACCP est de la responsabilité du prestataire de restauration qui dispose de protocoles et de procédures de son fonctionnement. La diététicienne rencontre les patients pour mettre en place les régimes sur prescription médicale. Elle est consultée par le prestataire pour les cycles de menus et les régimes. Le CLAN valide les protocoles liés à la restauration.

Toute manifestation de mécontentement sur le fonctionnement et/ou la qualité des prestations délivrées par l'établissement, de la part d'un patient ou de son entourage, orale ou écrite, est enregistrée en groupe de travail selon le processus à laquelle elle se réfère et analysée par le BQGDR et en CDU.

Pour les réclamations écrites, une réponse écrite est assurée dans un délai moyen conforme, à compter de la réception de la réclamation. Dans le cas où une réponse écrite ne peut être formulée dans les 8 jours, une lettre d'attente est faite précisant un délai de réponse.

Les réclamations orales exprimant un mécontentement relatif à un dysfonctionnement interne à l'établissement font l'objet d'une rencontre avec la directrice ou le médecin selon le sujet et sont également enregistrés. L'exploitation des plaintes et des réclamations implique les professionnels et permet une réponse dans les délais aux patients insatisfaits. Les représentants des usagers peuvent consulter les plaintes in extenso.

De la même manière, le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est déployé par l'intermédiaire des questionnaires de sortie (distribués pour tous les séjours) et d'enquête de satisfaction annuelle. Un retour est fait auprès des professionnels pour contribuer à l'élaboration du PAQSS.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est présentée systématiquement en CDU.

Son rôle, sa composition, la fréquence de ses réunions sont conformes à la réglementation. Suite à une décision nationale, les ARS ont invalidés les représentants nommés dans les établissements (fin 2016). L'établissement a proposé la nomination de nouveaux représentants des usagers issus d'associations agréées et fonctionne normalement.

Les experts ont pu constater que les professionnels de l'établissement La Maisonnée démontraient leur engagement dans la culture qualité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs ont été définis en cohérence aux risques identifiés. Ils sont suivis par le service qualité et permettent d'alerter l'établissement et les professionnels sur les seuils des points critiques quand ils sont atteints. Leur présentation sous la forme de tableaux de bord est à fréquence semestrielle.

Les tableaux de bords sont présentés en instance et analysés. A cette occasion, ils sont discutés et donnent lieu à des éventuelles actions ou consignes données aux équipes. Les cadres et les référents sont chargés de les expliquer dans les services.

Les indicateurs nationaux sont publiés à l'attention des tutelles et du grand public par affichage dans les



lieux de circulation de l'établissement.

Les représentants des usagers sont invités à s'exprimer sur les résultats et sont sollicités pour participer à la réflexion.

Le système de management de la Qualité et la Gestion des Risques est ainsi évalué avec des indicateurs de qualité, d'activité et de ressources adaptés.

Les médecins sont engagés dans la politique Évaluation des Pratiques Professionnelles qui est suivie et révisée.

Un tableau de bord qui répertorie l'ensemble des démarches engagées et un plan de communication des EPP sont régulièrement mis à jour et présentés aux équipes.

La CME est informée régulièrement de l'avancée des actions menées lors des EPP et un bilan annuel est présenté. La stratégie des EPP est actualisée en fonction des résultats obtenus. Une RMM est engagée chaque année. Des bilans et comptes rendus sont analysés.

Le PAQSS fait l'objet d'un bilan annuel, dans lequel les atteintes des indicateurs de la politique sont évoquées.

L'atteinte des objectifs se fait par une mobilisation transversale de tous les acteurs de l'établissement. La réussite de cette politique passe donc par un renforcement de la culture sécurité des professionnels dans le but d'intégrer le patient à sa prise en charge et de prévenir les dysfonctionnements et les risques pouvant survenir.

La maîtrise des risques identifiés et la mise en œuvre des plans d'actions est pilotée par le BQGDR qui lui-même coordonne les actions des groupes sur le terrain.

La mise en œuvre du programme d'actions institutionnel (tableau de bord, suivi d'indicateurs, mode, fréquence, résultats) est analysée en CME.

## A / AGIR

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

Les actions d'améliorations sont destinées à la maîtrise des risques résiduels.

Le réajustement du programme et de la politique AQSS en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus est annuel. Il est décidé en BQGDR et validé en CME. A partir du PAQSS, véritable tableau de bord de suivi, qui reprend l'ensemble des actions d'amélioration, il est possible de suivre et contrôler l'atteinte des objectifs, le respect des dates d'échéance pour leur réalisation, la planification d'actions correctives en cas d'écart.

La politique est révisée et validée chaque début d'année après le bilan du programme de l'année précédente.

A la date de la visite (oct 2017), le bilan annuel 2017 n'est pas encore formalisé, celui de 2016 présente les résultats de l'ensemble des actions menées et a fait l'objet d'une diffusion à l'échelle de l'établissement.

La direction organise la communication auprès des professionnels afin de les impliquer davantage dans la démarche. L'engagement de l'établissement en matière de qualité et gestion des risques figure dans le livret d'accueil du personnel, délivré à son arrivée dans chaque unité de soins. La politique AQSS et ses programmes sont validés par le bureau Qualité et la CME. L'établissement rend compte de ses démarches auprès des instances concernées et des professionnels (affichage, journal de la certif, AG...).

Annuellement, les résultats de l'évaluation du PAQSS sont communiqués auprès des professionnels lors d'une assemblée générale et également périodiquement en fonction des révisions ou de l'avancement de la démarche (« Journal de la Certif' »).

Les professionnels ont accès aux comptes rendus des instances dont le management du BQGDR, au suivi des événements indésirables, à la gestion documentaire, aux indicateurs, tableaux de bord EPP ainsi qu'aux supports de formations réalisées pendant l'année.

L'engagement de l'établissement en matière de qualité et gestion des risques figure dans le livret d'accueil du patient. La CDU est partie prenante de la politique Qualité Sécurité des Soins.



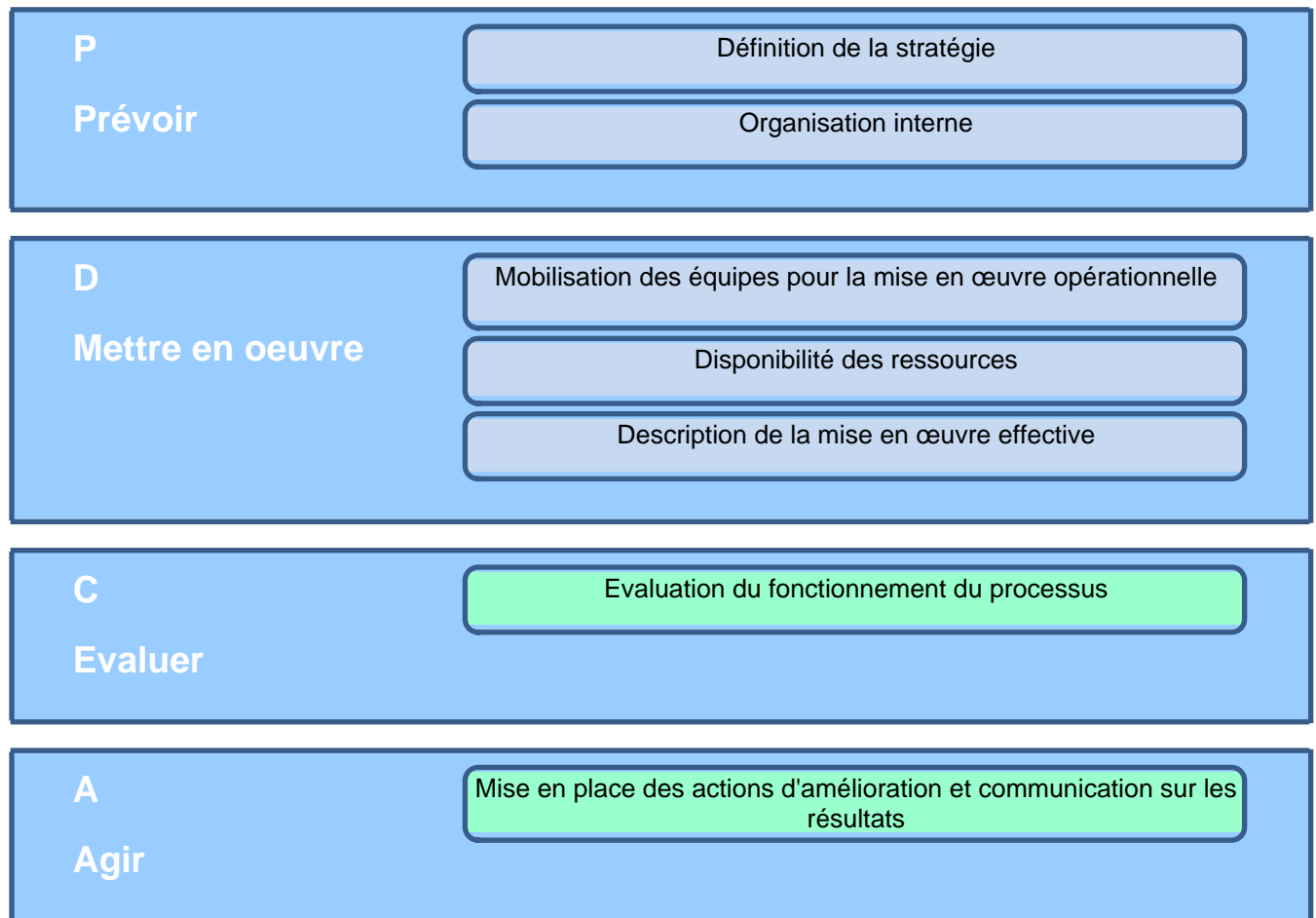
# DROITS DES PATIENTS

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le GROUPE UGECAM a formalisé ses engagements dans son projet de groupe 2014-2017 : il énonce la bientraitance comme un concept-socle dans ses établissements. La Direction Nationale Générale des UGECAM (DNGU) en fait un axe stratégique national prioritaire.

Les orientations stratégiques du groupe sont en adéquation avec celles du SSR Pédiatrique La Maisonnée. L'UGECAM Rhône Alpes a par ailleurs validé et publié une politique de bientraitance mise à jour en novembre 2016. A La Maisonnée, la politique relative au respect des « Droits des Patients » ainsi que la « Politique de prise en charge des patients en fin de vie » sont les documents de référence actualisés et validés en Conférence Médicale d'Établissement (CME) pour leur dernière version en février 2017. Leur élaboration est le fruit d'un travail collectif et elles s'appuient sur les directives de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne Rhône Alpes pour élaborer le projet d'établissement 2014-2018.

L'établissement a identifié les besoins en ce qui concerne le respect des droits des patients, au regard de la charte de l'enfant hospitalisé, en conciliant les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité dans une organisation d'accueil d'enfants tout en préservant les libertés individuelles.

Pour élaborer sa stratégie, l'établissement a exploité les données suivantes : Certification de la HAS en V 2010, IPAQSS, enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie, audits et indicateurs. L'analyse des risques / l'identification des besoins sont réalisées, en particulier par le l'étude des événements indésirables et des réclamations. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels ou de dysfonctionnements identifiés par une analyse des processus de soins.

Une stratégie d'évaluation et d'amélioration de la satisfaction des usagers est définie, un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la Commission des Usagers (CDU).

La cartographie des risques concernant les droits des patients a été entièrement revue courant de l'année 2016 et dernièrement amendée en 2017, avec l'implication d'infirmières, d'auxiliaires de puériculture, cadre de santé et médecins. L'analyse couvre toutes les étapes de la prise en charge du patient, aux interfaces, lors du déplacement du patient d'un service à l'autre, au regard des différentes catégories de populations et de leur degré de vulnérabilité (enfants en bas âge, non communicants, poly-handicapés, etc) ou des différentes pathologies, au regard des différents circuits de prise en charge.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration du respect des droits des patients formalisé.

Celui-ci est intégré au Plan d'Action Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement. Il précise, pour chaque action, les modalités de suivi : objectifs et responsabilités pour chacune des actions, planification des actions dans des délais fixés, suivi des actions, clôture, indicateurs et communication des résultats. L'établissement met en place ce dispositif notamment pour les actions issues de la conformité à la réglementation.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (CME et CDU) et aux professionnels par le relai des cadres de proximité.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. La priorisation des actions est obtenue grâce à l'analyse de criticité (gravité x fréquence) et du dispositif de maîtrise, conformément à la cotation préconisée par la HAS pour le compte qualité. Ce dernier est issu du PAQSS.

Les risques retenus pour figurer dans le Compte Qualité HAS sont le risque de non confidentialité et le défaut d'information de la famille. Une stratégie a été définie avec priorisation d'action au regard des risques identifiés. La direction de l'établissement s'est engagée à utiliser la méthode du compte qualité comme outil de suivi du dispositif de gestion des risques et d'en faire en interne, en association avec les professionnels, un outil partagé par tous les acteurs de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Un groupe de pilotage de la thématique du respect des Droits des Patients a été créé pour la certification V2014. Un représentant des Usagers, membre titulaire de la CDU y participe.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernés sont définis dans une fiche de mission générique validée par le groupe.

La composition et le mode de fonctionnement de la structure de pilotage sont définis. Elle assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. Le groupe peut également entendre toute personne qualifiée, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les pilotes et co-pilotes ont été choisis pour leur formations et compétences initiales relatives aux droits des patients (médecins, soignants, professionnels de la rééducation et psychologue). Ils ont reçu une formation sur la gestion des risques, l'analyse processus, le compte qualité et le pilotage de groupe de travail. Le groupe a procédé à l'analyse processus de la thématique.

Dans l'établissement, les ressources humaines et les compétences nécessaires au respect des droits des patients sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés.

En outre, grâce aux travaux d'Évaluation des Pratiques Professionnelles : EPP « Prise en charge et suivi de la douleur », EPP « mise en place et surveillance des appareillages », un lien peut être fait avec le respect des droits des patients et apporté à la connaissance du groupe de pilotage de la thématique.

La diversité des pathologies, les rythmes de vies différents d'un bébé, d'un enfant ou d'un adolescent, la vie en collectivité, entraînent certaines contraintes qui sont exposées oralement aux familles et grands enfants et résumées dans un règlement intérieur.

L'établissement a défini des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage. Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont prévues.

Les projets médicaux identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir et des contentions mais aussi de la limitation de contacts, des visites, effets personnels, etc.

Il existe un dispositif d'information du patient et de la famille ou des responsables légaux sur l'état de santé de l'enfant et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins (procédure, traçabilité).

L'établissement a mis en place une commission "éthique et mieux traitance" réunissant les professionnels de l'établissement et les représentants des usagers. Elle est partie intégrante de la CME.

Cette commission a pour objet général de soutenir les professionnels de santé de l'établissement en leur apportant une réflexion éthique sur la pratique institutionnelle et sur le sens du soin prodigué. A travers sa réflexion, elle a un rôle éducatif, pédagogique, consultatif et de conseil. Tout professionnel peut poser une question au regard d'une prise en charge difficile sur le plan éthique. Ce groupe a pour but de déterminer une attitude collégiale quant à la prise en charge concernée. Le dispositif de sortie contre avis médical est prévu.

L'établissement a prévu les ressources documentaires liées au respect des droits des patients. Le recueil éventuel des directives anticipées de la part du patient en possibilité de les formuler et de sa famille est organisé.

Le système informatique a été déclaré à la CNIL.

Les procédures sont définies concernant les modalités de signalement des cas de maltraitance, l'information donnée au patient, le cas de dommage lié aux soins, le recueil du consentement éclairé (il existe une procédure de traçabilité du consentement éclairé des patients ou de leurs représentants légaux) et le cas échéant au refus de soins, l'accès du patient à son dossier (à noter que l'établissement a reçu une demande en 2016 et a répondu conformément aux dispositions légales). Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont prévues : l'établissement comporte actuellement une chambre dédiée aux accompagnants et deux salons permettant aux familles d'avoir sur place un espace de repos.

Un plan de maintenance est prévu, des améliorations récentes ont été apportées dans les salles de bain pour augmenter le confort des enfants en situation de handicap.

La gestion des interfaces est organisée formellement. La CDU est composée de membres de la direction, de la CME (médecin chef et médecin médiateur suppléant), de personnels administratifs et soignants (responsables des services de soins, kinésithérapeute, infirmière). Les échanges entre l'établissement et les patients ou leurs ayant droits, les différents services en ce qui concerne le respect des droits des patients, sont formalisés dans le règlement intérieur de la CDU. Au vu de la taille et de l'organisation de l'établissement, les interfaces sont fluides.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients.

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CDU. L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée. Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration du projet d'établissement.

Les professionnels des services ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires. Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont conduites. En réponse à la politique régionale UGECAM, l'établissement a procédé à la réalisation d'une auto-évaluation de l'établissement, d'auto-évaluations individuelles par les professionnels ainsi qu'à l'examen d'une cartographie des risques de maltraitance et la définition de plan d'actions.

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient, au respect des libertés individuelles.

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée. Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe intégrée dans le projet de soins personnalisés.

Il est rappelé d'un point de vue juridique que les enfants et adolescents ne peuvent pas désigner une personne de confiance. En CDU, l'établissement s'est interrogé sur la nécessité de désignation d'une personne de confiance pour des enfants ayant dépassé les 18 ans ou les grands adolescents.

Les familles ou ayants droits reçoivent une information sur la loi Léonetti et les directives anticipées, ce dispositif est tracé.

Des modalités spécifiques d'information sont déployées en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement du patient et de sa famille, et du type d'hospitalisation. L'établissement a organisé la venue de l'association Une Souris Verte, pour animer un café autour du thème « être parent d'un enfant différent ».

Les professionnels mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

Des actions périodiques d'évaluation des professionnels et d'amélioration par secteur d'activité (indicateurs, EPP, analyse des Événements Indésirables) sont menées. Les outils qualité (tableau de suivi des événements indésirables, tableau de suivi des indicateurs) ont été revus pour optimiser leur suivi.

Au regard des résultats, les cadres identifient les actions correctives avec les équipes.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Des formations aux droits des patients (technique de soins et bien-être des enfants en fin de vie, bienveillance, éthique) et des sensibilisations (dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc) destinées aux professionnels sont organisées.

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.

Par le livret d'accueil, les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CDU).

Le signalement des cas de maltraitance (et de situation préoccupante) sont mises en œuvre (personne ressource, procédure). D'octobre 2016 à septembre 2017, l'établissement a mené une action collective relative à la mieux-traitance pour la totalité des professionnels de l'établissement (formation interne de 3,5 jours). La formation de « Sparadrap » sur l'éthique et la religion a eu lieu fin 2016.

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée (boîte aux lettres familles, téléphone, courrier, visites, questionnaires de satisfaction). La gestion des plaintes et réclamations est mise en œuvre (procédure respectée, responsabilités définies).

L'organisation permet le recueil du consentement éclairé et le cas échéant, du refus de soin (procédure, traçabilité).

Des modalités de recueil de la volonté du patient et le cas échéant, des directives anticipées sont disponibles.

Les différents éléments permettant le respect des « Droit des patients » sont réaffirmés dans le livret d'accueil du patient et sont accompagnés des éventuels documents d'information ou de recueil dans les services : information des parents, accès au dossier médical, charte de l'enfant hospitalisé, procédure plaintes et réclamations, registre de réclamations et satisfaction, rôle et composition de la CDU, satisfaction du patient, personne de confiance, directives anticipées. Les documents utiles sont mis à jour à périodicité définie. Leur actualisation a été menée en 2016-2017.

Un règlement intérieur est donnée aux familles en complément du livret d'accueil. L'établissement a procédé en 2016 à la rédaction et à la diffusion d'une Charte de Mieux-traitance. Lors de la CME de décembre 2016, la procédure d'information des patients en cas de dommage associé aux soins a été transmise à l'ensemble des médecins.

L'établissement a adapté son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers. Des locaux et des équipements sont prévus pour permettre le respect de la confidentialité des entretiens. Des installations sont utilisées pour l'accueil des personnes en situation de handicap. Les ressources matérielles permettent d'assurer la sécurité des enfants tout en préservant leurs droits (barrières de lits, portillons de sécurité). En 2016, une action du PAQSS a consisté à mettre à disposition les paravents pour les professionnels du rez-de-chaussée pour permettre des conditions d'hébergement respectant la dignité et l'intimité des patients. Une chambre pour 4 personnes permet l'hébergement occasionnel de familles ayant un enfant malade. La cadre de santé ou l'assistante sociale peut proposer aux familles des adresses de proximité en cas de besoin supplémentaire et les visiteurs peuvent demander à déjeuner ou à dîner à La Maisonnée.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont mises en œuvre. L'organisation des repas est pensée pour aider les enfants en difficulté : ergonomie des couverts, aide pour manger...

Lors de la visite dans les services, les experts-visiteurs ont rencontrés des professionnels particulièrement respectueux des droits des patients, ils ont spontanément évoqué les notions de confidentialité, de liberté d'aller et venir, de secret médical et d'accès au dossier.

L'organisation et les pratiques de l'établissement (modalités de partage des informations relatives au patient) permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (règles d'accès au dossier patient, dossier patient sécurisé, documents de transfert, dossier social et psychologique intégré dans le dossier mais avec la notion de « mots de suite destinés à l'équipe »).

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc) pour l'entourage, il est

augmenté en cas d'aggravation de la santé du patient. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect des libertés individuelles.

Certaines situations cliniques peuvent nécessiter, dans une visée de sécurité et/ou pour des motifs thérapeutiques, la mise en œuvre de mesures momentanées de restriction de liberté. Les décisions de ce type font l'objet d'un protocole précis, sont motivées, décidées en concertation, expliquées à l'enfant et à la famille concernée dans une perspective de recherche de consentement. Ces dispositions, le refus de soin et la réflexion bénéfique/risque sont tracées.

L'établissement s'assure du respect des conditions de prescription des restrictions de liberté (confinement, isolement sceptique, contentions et barrières de lit, sédation) sur prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie et portée au dossier. Il s'assure aussi du respect des libertés individuelles (la liberté d'aller et venir, la limitation des contacts, le retrait des effets personnels etc).

L'information au patient est l'objet d'un travail d'équipe. Elle comporte des entretiens, renouvelés si nécessaires et adaptés à la nature des informations fournies (mauvaise nouvelle, etc) et à chaque faculté de compréhension de l'enfant hospitalisé, y compris si ce dernier est pauci-relationnel. Les entretiens se déroulent dans des conditions appropriées (colloque singulier, lieu calme, temps suffisamment long spécifiquement dédié au malade, attitude d'écoute, etc). Une information orale est complétée, si besoin, par des supports écrits remis et expliqués au patient et à sa famille.

La désignation de la personne de confiance est tracée (parents ou titulaires de l'autorité parentale). Les professionnels connaissent la procédure en cas de décès et ont témoigné aux experts-visiteurs leur respect des cultes et des dispositions spécifiques.

Les professionnels connaissent la procédure en cas de décès et ont témoigné aux experts-visiteurs leur respect des cultes et des dispositions spécifiques aux religions des patients. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins sont favorisées.

Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins proposé sont réalisées dans les cas de refus de soin. Les professionnels mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée. Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

L'analyse des plaintes et réclamations constitue un outil d'aide à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de prévention de la maltraitance.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide de tableaux de bords d'indicateurs en matière de respect des droits des patients est mis en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CDU.

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée, il peut s'agir des questionnaires de sortie ou d'enquêtes de satisfaction :

- pour le programme Equilibre en hôpital de jour : Questionnaire remis par l'équipe à chaque enfant et à chaque famille lors du dernier bilan ;
- Pour l'enregistrement du sommeil : Questionnaires remis aux enfants par l'équipe à l'issue de la nuit passée dans le service.

Les professionnels, les patients et les visiteurs ont accès aux résultats des enquêtes de satisfaction.

Les secteurs d'activité et les instances, dont la CDU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité. Une des actions du PAQSS 2017 porte sur l'évaluation du respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers ainsi que des succès obtenus.

Le dispositif de participation des usagers est évalué.

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.

L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique, CDU, CME).

Une exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations est réalisée dans le cadre de la CDU afin d'identifier, de hiérarchiser et de traiter les dysfonctionnements.

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

La stratégie de respect des droits des patients, intégrée à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CDU. La politique de bientraitance et promotion sur la mise en œuvre des droits des patients est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé.

Au regard des résultats obtenus, des actions d'amélioration portent sur :

- la liste des différents cultes et contact avec leurs représentants ;
- l'amélioration du retour du questionnaire de satisfaction des patients ;
- la sensibilisation annuelle du personnel sur les droits des patients, la confidentialité et les libertés individuelles (formation) ;
- la sensibilisation annuelle des professionnels au respect de la confidentialité ;
- la sensibilisation des IDE au circuit administratif des patients ;
- une réflexion sur le respect de la réglementation liée la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie ;
- l'inscription au programme 2018 d'une intervention d'une Équipe de Soins de support Palliatifs Pédiatriques, Ressources et Accompagnement (ESPERRA) ;
- la définition des modalités (comment, quand) de réévaluation de la contention et de sa traçabilité.

Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations.

La CDU est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration des droits des patients (Rapport de la CDU) est réalisé, une fois par an, et communiqué aux différentes instances de l'établissement : CDU, CME. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés et auprès des usagers.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

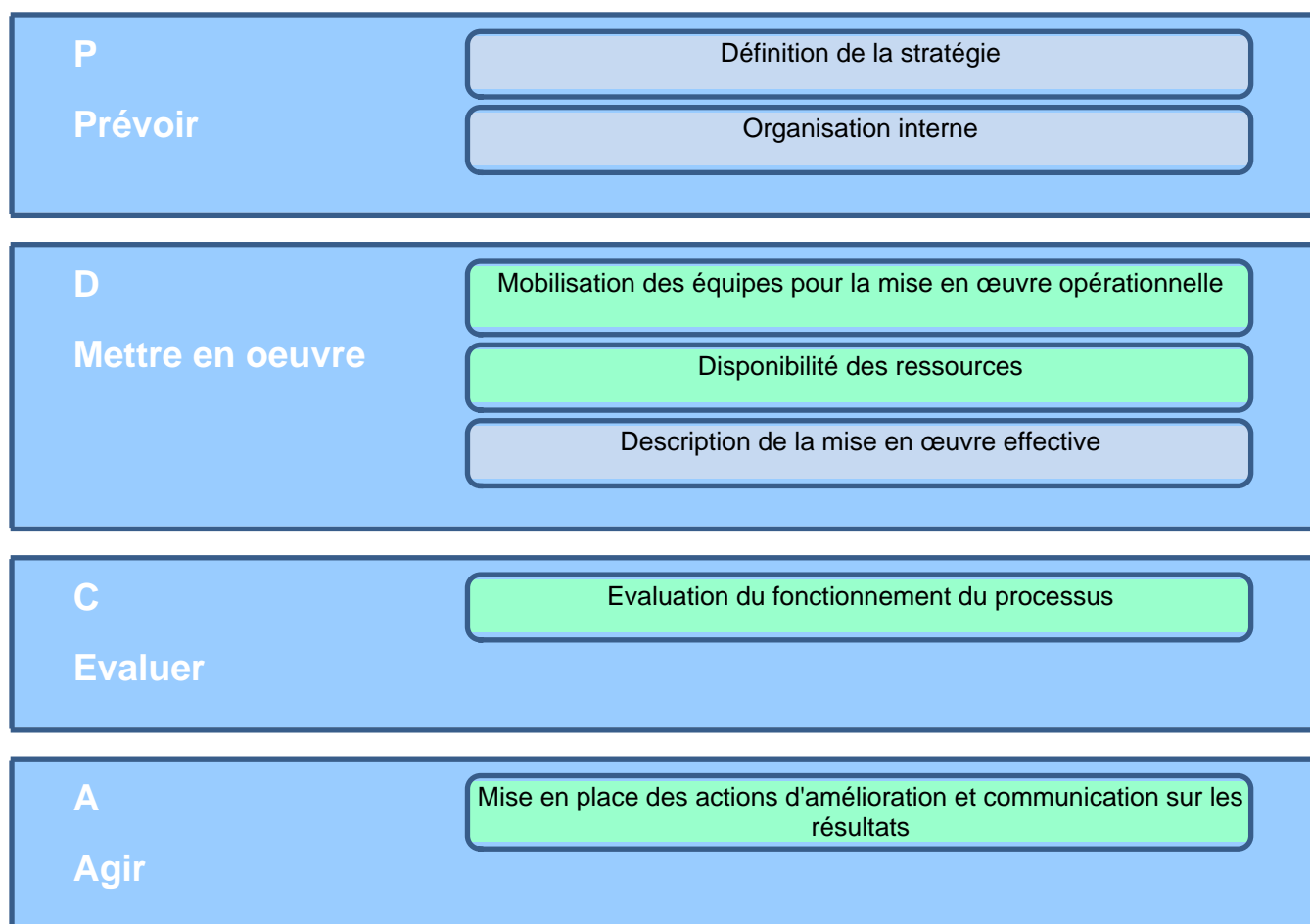
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet 2014-2018 de l'établissement a été élaboré sur la base d'une analyse du contexte loco-régional et des besoins de la population (SROS-PRS).  
Ce projet prend en compte le « Parcours du patient » au travers des projets médical, de soins, de rééducation, éducatif....  
Une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est définie, intégrant les différentes politiques relatives à la prise en soins des enfants (politiques parcours, droits du patient, douleur, fin de vie, dossier du patient, EPP...).

Cette stratégie est validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

Une cartographie des risques et leur hiérarchisation ont été réalisées, selon une méthodologie définie, par les pilotes du processus, en lien avec le service qualité de l'établissement et des professionnels de terrain. Cette cartographie a été élaborée en s'appuyant sur le projet d'établissement, les différents indicateurs, l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, quelques CREX, les résultats des enquêtes de satisfaction patients, l'analyse des risques a priori (cartographie nationale des risques UGECAM).

Sur l'ensemble des risques identifiés, deux risques ont été retenus comme prioritaires dans le compte qualité de l'établissement, en tenant compte de leur criticité et de leur niveau de maîtrise.

Des objectifs et plans d'action ont été définis et alimentent le PAQSS de l'établissement qui est formalisé, mis en œuvre, suivi et actualisé (objectifs, actions pilotes, échéances, modalités de suivi définis). Ce programme couvre l'ensemble des thématiques et des étapes du parcours du patient.

La communication auprès des professionnels est réalisée par différents vecteurs : information des professionnels lors d'assemblées générales, réunions de service, réunions d'instances, journal de la certification, affichage...

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus « Parcours du patient ». Les pilotes institutionnels et opérationnels sont le Président de la CME, un cadre de santé et un cadre de rééducation.

Des fiches de missions précisent leurs responsabilités dans le pilotage du processus. Un organigramme précise la place de chacun dans le dispositif.

Un groupe de travail « Parcours patient » pluridisciplinaire ainsi qu'un représentant des usagers sont associés au pilotage de ce processus.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire des enfants et aux objectifs qu'il s'est fixés tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (compétences).

La prise en charge des enfants est pluriprofessionnelle associant des professionnels de soin, de rééducation, éducatif, sportif, psychologue, diététicienne, assistante sociale... Le maintien des effectifs est organisé. Des fiches de fonction sont en place.

Les règles de présence sont définies et un système d'astreintes est en place pour les médecins, les kinésithérapeutes, les cadres.

Des formations relatives au processus Parcours patient sont inscrites au plan de formation 2017.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés et des procédures de soins sont établies et actualisées.

Les ressources matérielles sont adaptées quantitativement et qualitativement aux différentes prises en charge de patients. Les locaux répondent aux besoins des utilisateurs.

La gestion des interfaces est organisée entre les différents secteurs de soins, ainsi qu'avec les établissements partenaires.

Les circuits et les interfaces avec les secteurs médico-techniques, les services logistiques et administratifs sont définis.

La transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est organisée (dossier patient informatisé, courriers, copies de documents, RCP...). Les interfaces avec d'autres établissements sont formalisées dans des conventions.

Des temps d'information et de concertation pluridisciplinaires sont organisés. Quelques CREX ont été organisés suite à des événements indésirables graves.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison des objectifs institutionnels. Ces plans sont décrits dans le compte qualité et le PAQSS de l'établissement. Leur état d'avancement est

régulièrement suivi par les pilotes du processus et le bureau qualité.  
Les cadres de soin et de rééducation accompagnent le déploiement opérationnel du programme et assurent l'information des professionnels sur les risques identifiés et les conduites à tenir pour les maîtriser.  
Des réunions pluridisciplinaires (assemblées générales) sont organisées deux fois par an.  
Les professionnels rencontrés sont informés des priorités retenues et des plans actions en cours.  
Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues via le suivi d'indicateurs, la réalisation d'audits, la participation à des EPP, le recueil et l'analyse des événements indésirables, le suivi des plans d'action du PAQSS, la participation à des CREX.  
La rétro information des professionnels sur les résultats (comptes rendus d'audits, résultats d'indicateurs, résultats des enquêtes de satisfaction, bilan des événements indésirables) est assurée. Un journal de la certification soutient la démarche.  
Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre le cas échéant avec les professionnels concernés.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires à la prise en charge des enfants et aux objectifs que s'est fixés l'établissement sont disponibles tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (compétences).  
Un système d'astreintes est en place et opérationnel. Il concerne les médecins, les kinésithérapeutes et les cadres.  
La maintenance préventive ou curative des différents dispositifs médicaux est confiée à des prestataires externes qui interviennent dans des délais permettant la continuité de la prise en soins.  
Des formations relatives au processus Parcours patient sont suivies par les professionnels et participent au maintien de leurs compétences.  
Des professionnels ont été formés à l'éducation thérapeutique et sont en charge du déploiement du programme Equilibre centré sur la prise en charge de l'enfant/adolescent en situation de surpoids.  
Les procédures de soins ainsi que l'ensemble du système documentaire sont accessibles dans les secteurs de soins via une base documentaire papier.  
Les ressources matérielles et informatiques sont disponibles quantitativement et qualitativement.  
Les locaux répondent aux besoins des utilisateurs.  
La gestion des interfaces est opérationnelle entre les différents partenaires (soignants, rééducateurs, éducateurs, logistiques, médico-techniques, administratifs) ainsi qu'avec les établissements partenaires.  
La transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est effective.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge des enfants connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et leur prise en charge.  
Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.  
La traçabilité en temps utile dans le dossier du patient des éléments constitutifs des étapes de sa prise en charge est effective, tous métiers confondus.  
Les règles de présence et d'astreinte sont mises en œuvre afin d'assurer la permanence des soins.  
La prise en soins des enfants est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge. La douleur est évaluée. Les règles d'identitovigilance sont appliquées.  
Un projet de soins personnalisé, tracé et réévalué est en place.  
Une évaluation continue de l'état de santé de l'enfant est mise en œuvre de manière pluridisciplinaire et à différents niveaux (clinique, psychique, éducatif, social, physique...)  
Un dispositif d'information et d'éducation est mis en œuvre aux différentes étapes de la prise en charge de l'enfant.  
La prise en charge est coordonnée lors de réunions pluridisciplinaires et de synthèse.  
L'implication des professionnels est importante permettant d'aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire, complémentaire et coordonnée.  
Des valeurs de service fortes servent de diapason et les équipes sont mobilisées autour du projet personnalisé de chaque enfant qui est au cœur des préoccupations de chacun en tant qu'adulte en devenir.  
La prise en charge des enfants, qui s'inscrit dans la durée (souvent plusieurs années) dépasse la seule prise en charge somatique pour accompagner chaque enfant dans son projet de vie en prenant en compte les dimensions éducatives, sociales, psychiques, juridiques, de réinsertion...  
Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont assurés et tracés dans le dossier du patient.  
Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place avec l'aide notamment d'un psychologue et d'un pédopsychiatre.  
Une assistante sociale intervient auprès des enfants et de leur famille pour la gestion de leurs problèmes sociaux.  
L'établissement dispose d'un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS, centré sur la prise en charge de l'enfant/adolescent en situation de surpoids.  
Les moyens adaptés sont mis en œuvre (identification des besoins, formation des professionnels, actions d'éducation thérapeutique, supports pédagogiques, ateliers et activités...)  
Un dispositif de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est opérationnel (chariots

d'urgence standardisés, procédures d'urgence en place, formation des professionnels effective). Des conventions sont établies avec des établissements partenaires.  
La sortie du patient est organisée permettant la continuité et la sécurité des soins.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Un dispositif structuré d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place. Il permet une évaluation de l'ensemble du processus « Parcours patient » à l'échelle de l'établissement. Les principaux indicateurs utilisés sont les IQSS et hôpital numérique, le suivi d'indicateurs cliniques, le suivi des actions inscrites dans le PAQSS, les résultats d'audits (identitovigilance, interruption de tâches, ventilation, douleur aérosols, réunions de synthèse, deux audits de processus parcours patient, six patients traceurs...), le suivi du programme d'éducation thérapeutique Equilibre, le suivi des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des enquêtes de satisfaction patients, la réalisation de CREX et RMM, le suivi de 7 EPP relatives au parcours patient... Les évaluations réalisées alimentent un tableau de bord de suivi du processus. Les pilotes du processus s'assurent de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre des plans d'actions, en lien avec le COPIL.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en impliquant les professionnels concernés.  
Le programme d'action du processus Parcours du Patient est intégré dans le PAQSS de l'établissement qui fait l'objet d'un suivi et de réajustements lorsque les objectifs ne sont pas atteints.  
Les risques résiduels sont analysés et génèrent la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration. Le PAQSS est alors réajusté.  
L'information est relayée auprès des professionnels par les cadres.  
Une information est délivrée aux patients par affichage et par l'intermédiaire de la CDU.

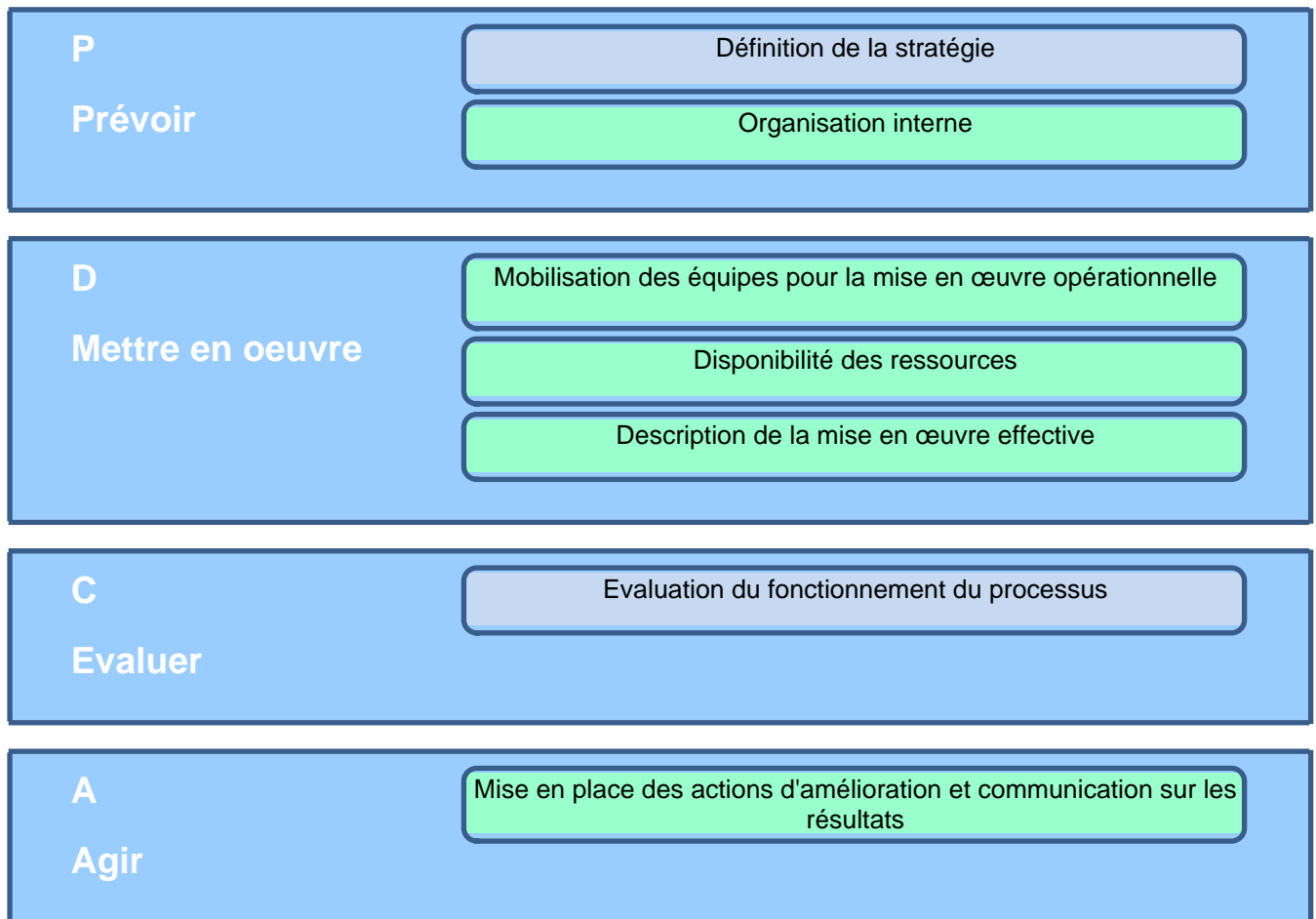
# DOSSIER PATIENT

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe au sein de l'établissement un dossier patient entièrement informatisé (dossier de préadmission, dossier administratif, dossier médical et dossier de soins, pédagogique, éducatif, psychologique et social) ainsi qu'un classeur présent dans les unités de soins qui rassemble les documents manuscrits ou issus des consultations externes.

La stratégie de l'établissement est décrite dans le Projet d'établissement 2014-2018 (Chapitre « Projet des Systèmes d'information ») et dans la Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins (AQSS). Le projet d'établissement s'appuie sur les directives du CPOM 2017-2021 signé avec l'ARS Auvergne Rhône Alpes qui mentionne l'engagement de l'établissement à utiliser Trajectoire (logiciel d'aide à l'orientation des patients basé sur l'annuaire des soins de suite et de réadaptation de France).

La stratégie de déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) est aussi retrouvée au travers d'éléments dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (déploiement du dossier patient informatisé intégrant la prescription médicamenteuse, la dispensation, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration).

Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques, établis dans la cartographie des risques a priori. Cette analyse a été menée par le groupe de travail « Dossier du Patient », réévaluée et réajustée courant 2016 et en 2017 à l'appui des résultats d'indicateurs.

D'autres sources de données ont été utilisées : l'analyse de la conformité à la réglementation, le bilan de la dernière procédure de certification V2010, des évaluations, audits, enquêtes, etc.

De même, l'analyse des événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels ont permis de lister des objectifs d'amélioration concernant le DPI. Elle couvre la gestion du dossier du patient et l'accès du patient à son dossier.

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées pour toutes les étapes de la gestion du dossier du patient, de la création à l'archivage, au regard des différents supports du dossier (classeur papier et dossier informatisé), au regard des différentes parties du dossier du patient (administratif, médical, soignant, etc).

La méthodologie d'évaluation choisie pour l'analyse des risques est l'analyse de criticité et du dispositif de maîtrise préconisée par la HAS. Le système de cotation a été expliqué et diffusé au groupe de pilotage par la cellule qualité. Il est utilisé à la fois dans l'analyse des risques a priori, a posteriori et dans le compte qualité HAS.

La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée en un plan d'action « Dossier Patient » suivi par le Groupe thématique et par le service qualité. Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles ou d'équipes et de leur collaboration. Le plan d'action est suivi en mode projet (risque, plan d'action, objectif, responsable, dates et éléments de suivi).

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs du projet d'établissement et des résultats des indicateurs aux professionnels et aux usagers.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Un groupe «Dossier Patient» est nommé pour piloter et mettre en œuvre la stratégie liée au dossier du patient à l'échelle de l'établissement. Le groupe a rassemblé des professionnels concernés par le dossier (responsables de service, agents administratifs, secrétaires médicales, médecins). La formation au pilotage de la thématique Dossier Patient et à la V2014 a été assurée par l'établissement. Les missions et moyens mis à disposition sont formalisés. Les attributions des pilotes et co-pilotes, et le mode de fonctionnement de l'analyse processus sont définis dans une Fiche mission : « Pilote du Processus ».

L'organisation assure le suivi des actions d'amélioration, un recueil d'indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Le dossier patient informatisé est en place dans tous les services et à toutes les étapes de la prise en charge, pour tous les professionnels. Le SSR Pédiatrique La Maisonnée a organisé le déploiement d'un logiciel adapté, parc informatique (informatique mobile dans les services), formation des personnels concernés, conformité avec l'exigence réglementaire du dossier unique du patient, traçabilité des informations, évaluation. Au jour de la visite, toutes les étapes sont réalisées.

Les ressources nécessaires pour la thématique du dossier (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Des sensibilisations des nouveaux arrivants / intérimaires / étudiants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont prévues.

Pour le DPI, il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé. Les besoins en documents d'information et outils d'aide pour les professionnels (« guide d'utilisation du dossier patient », supports

d'apprentissage des logiciels) sont identifiés et les documents et outils élaborés.

L'établissement a identifié les besoins en procédure concernant l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation dans une procédure générale « communication des éléments ». Les modalités standard d'accès au dossier sont définies. Les modalités spécifiques qui concernent l'accès au dossier pour les patients majeurs protégés, les autorités, les ayants-droit en cas de décès sont prévues. Une procédure d'accès au dossier décrit les différentes étapes à respecter en termes de modalités d'accès et de recevabilité des demandes.

Les besoins en supports d'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont identifiés et les documents élaborés (livret d'accueil et dossier de demande).

L'établissement a défini les moyens matériels et les organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient (matériels, logiciels et équipements).

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

L'établissement communique auprès de ses équipes sur la stratégie du dossier du patient informatisé, sa mise en œuvre et son évolution. Les interfaces sont organisées entre les différents acteurs : le département de l'information médicale, les intervenants extérieurs, les secrétaires médicales et les professionnels des secteurs d'activité.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus. Le groupe de travail impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement. Le groupe de travail s'est associé à la réflexion du département régional du système d'information UGECAM pour approuver le choix d'un nouveau logiciel ainsi qu'à la préparation de sa mise en service (ergonomie, onglets métiers, facilité de saisie, système d'alerte et d'écran synoptique). Ce choix est acté au niveau régional et le déploiement sera généralisé fin 2018.

L'établissement s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de tenue du dossier et d'accès au dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) et met en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.

Soutenues par l'encadrement de proximité, les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

Elles connaissent les objectifs définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elles peuvent participer à l'élaboration des documents de dossier papier et autres éléments de saisie dans le DPI ; aux évolutions logicielles ; aux évaluations du dossier du patient ; à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables, des événements indésirables graves ; au traitement des plaintes et réclamations.

Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité sur le dossier du patient et à ceux de l'établissement.

Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les principes organisationnels du dossier sont les suivants :

- certains documents signés par les familles, courriers ou résultats d'examen externes sous forme papier peuvent être placés dans un classeur pour suivre le patient dans les services.
- à toutes les étapes de la prise en charge (préadmission jusqu'à la sortie), le dossier est complètement informatisé.

La formation des nouveaux arrivants ainsi que l'information sur les nouvelles composantes ou directives est assurée soit par les cadres ou professionnels expérimentés dans le cadre d'un tutorat ou encore par le service qualité pour la gestion documentaire. Tous les professionnels en poste sont formés.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au DPI sont définies en fonction de leur profil.

Une personne référente (la secrétaire médicale) est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation, dans le respect des délais définis.

Il existe un guide d'utilisation du dossier patient. Les règles d'accès par les professionnels sont notifiées dans ce guide. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au DPI sont définies en fonction de leur profil. L'information est réalisée et incluse lors de la communication sur ce guide. Pour le DPI, les accès en lecture ou écriture à certaines parties du dossier sont définis et réglementés par catégories professionnelles.

Il existe une procédure de communication des éléments.

Le guide du dossier patient est dans la gestion documentaire informatisée et accessible par les professionnels sur les ordinateurs. Il comprend les règles de responsabilité, tenue, confidentialité, la composition et la structuration, le rôle des intervenants, le circuit, l'archivage, l'accessibilité en temps utile, la communication et le dispositif d'évaluation. Il a été mis à jour régulièrement.



L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile. Grâce à l'informatisation, la communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge est immédiate.

Dans le livret d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels, une information aborde l'optimisation du dossier patient et sa tenue.

Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles en version papier, accessibles et mise à jour par le service qualité selon la procédure de gestion documentaire ; par exemple, les documents d'information sur la personne de confiance et les directives anticipées sont mis à disposition des patients et scannés quand ils sont nécessaire (exceptionnel).

Les ressources matérielles et logicielles (2 ordinateurs fixes, 2 ordinateurs portables par service, imprimantes et logiciels informatiques) permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le déploiement de l'informatisation au SSR pédiatrique La Maisonnée est programmé et suivi avec un calendrier qui prévoit une prochaine installation d'un autre logiciel.

Une organisation est en place pour faciliter la coordination des soins. Les dossiers informatisés contiennent les éléments constitutifs utiles à la transmission des informations, retraçant le parcours du patient durant son hospitalisation. Les patients traceurs investigués le confirment.

La composition du dossier est conforme à la réglementation. Les informations administratives et paramédicales sont recueillies et actualisées. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Les règles de tenue et d'accès au dossier sont retrouvées par les professionnels sur demande des experts-visiteurs. Les prescriptions médicales sont horodatées et possèdent une signature numérique.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment en cas de transfert ou mutation. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

L'établissement a mis en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le patient et son entourage sont informés des droits d'accès au dossier grâce à des moyens de communication adaptés : l'affichage dans les services, de la charte de l'enfant hospitalisé, le livret d'accueil du patient remis au malade lors de son admission ainsi que le site internet de l'établissement.

L'accès des ayants droits au dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. La secrétaire médicale est identifiée personne référente pour répondre aux demandes d'accès au dossier. Elle assure le suivi grâce à un tableau de bord des demandes d'accès au dossier patient avec les précisions chronologiques (date des faits, date de la demande, date de transmission du dossier, etc...). Le contenu de ce tableau de bord est évalué sur la base d'indicateurs (nombre de jours de délai pour les différents envois, nombre de demandes, etc...), conjointement par la direction et la CDU tous les semestres. Dans le dernier rapport de la CDU, on note que le délai d'envoi moyen est respecté.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

La structure de pilotage assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient. Cette évaluation globale est réalisée : sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient », allant au delà de la réglementation qui ne lui impose pas sa publication. Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : indicateurs IQSS intermédiaire tous les semestres sur le même mode opératoire que celui de QHALHAS et audits spécifiques.

Suite aux résultats des indicateurs IQSS, des réunions de restitution sont organisées par spécialités : staff dans les services de soins. Les résultats sont aussi communiqués aux médecins à la CME, à une réunion d'encadrement soignants et à la direction.

La CDU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Le suivi du tableau de bord des demandes de dossiers est présenté et commenté au cours de réunions semestrielles et un récapitulatif global figure dans le rapport annuel de la CDU.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend les indicateurs nationaux, les indicateurs internes choisis par le groupe de travail. Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une

attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité. Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points à risque nécessitant une surveillance particulière ; les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ; les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

## **A / AGIR**

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction du risque.

La stratégie de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés.

L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier ; délais de transmission des dossiers aux patients ; suivi des actions d'amélioration.

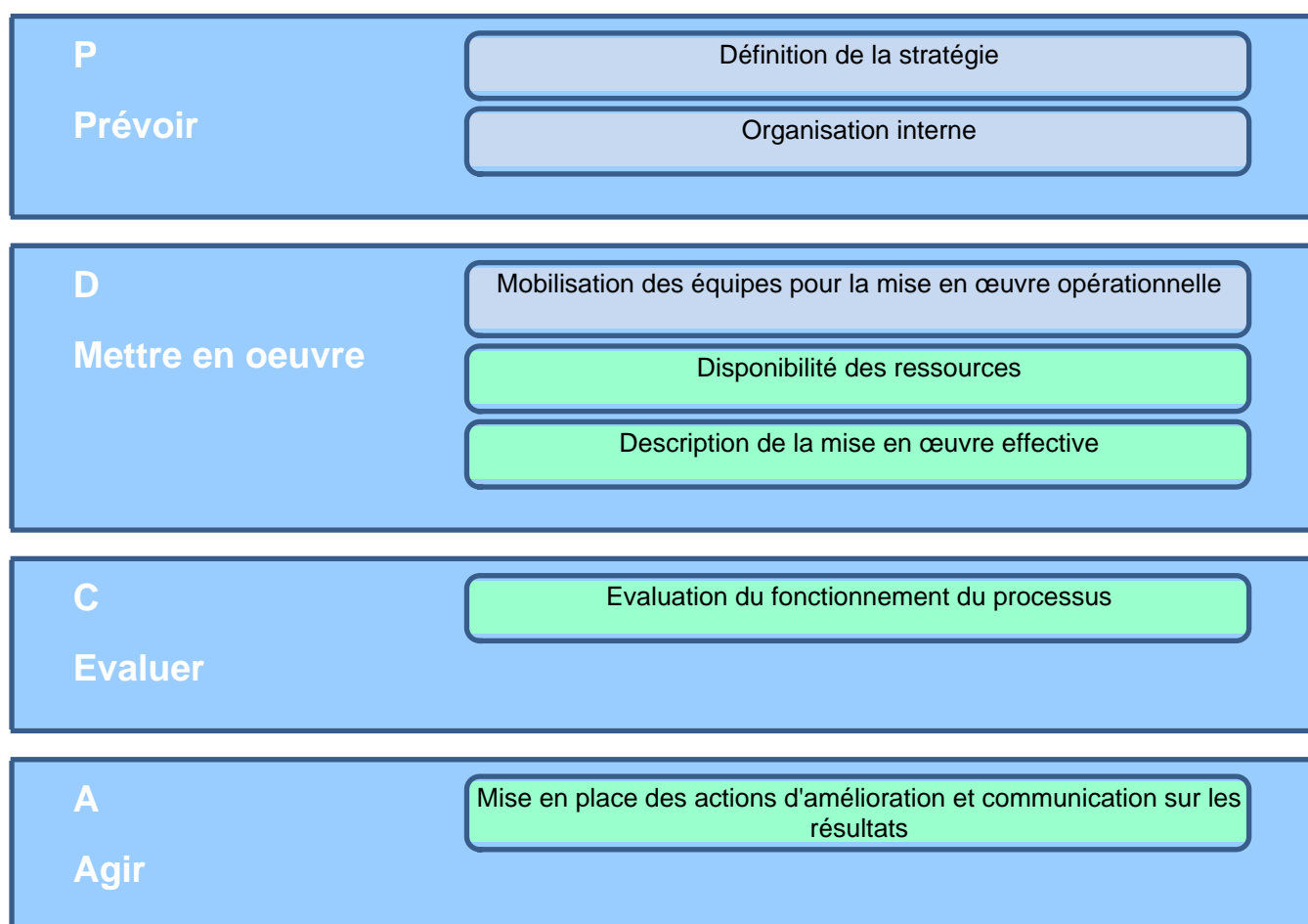
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est définie. Elle précise notamment le système de management de la qualité, l'organisation de la PUI, le circuit du médicament et la politique de gestion des risques.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée et validée par la COMEDIMS, la CME et la direction.

La politique Qualité et Sécurité des soins ainsi que le projet d'établissement 2014-2018 intègrent un volet relatif à la prise en charge médicamenteuse.

L'analyse des risques a été réalisée de manière pluri professionnelle par le pharmacien, un médecin, la directrice de l'établissement, un cadre de santé et deux infirmières, soutenus par le service qualité de l'établissement.

Elle prend en compte la veille réglementaire (arrêté du 06 avril 2011), l'analyse des risques a priori et a posteriori (événements indésirables, plaintes et réclamations, quelques CREX...), le suivi d'indicateurs, les résultats d'audits sur le circuit du médicament, la cartographie nationale des risques UGECAM.

La hiérarchisation des risques a été réalisée en impliquant les professionnels concernés selon une méthodologie définie (fréquence, gravité, criticité, maîtrise).

Sur l'ensemble des risques identifiés, quatre risques ont été retenus comme prioritaires dans le compte qualité de l'établissement, en tenant compte de leur criticité et de leur niveau de maîtrise. Ils permettent l'élaboration d'objectifs d'amélioration et la mise en œuvre de plans d'action.

Des objectifs et plans d'actions sont définis et alimentent le PAQSS de l'établissement qui est formalisé, mis en œuvre, suivi et actualisé (objectifs, actions pilotes, échéances, modalités de suivi définis). Ce programme couvre l'ensemble des thématiques et des étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Les interfaces entre la COMEDIMS, la gestion de la qualité et des risques et la CME sont établies. L'articulation entre compte qualité et PAQSS est effective.

La communication auprès des professionnels est réalisée par différents moyens (information des professionnels lors d'assemblées générales, réunions de service, réunions d'instances, formations internes, journal de la certification, affichage...) ainsi que par des liens étroits entre le pharmacien, les cadres et les équipes de soins.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est en place pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse.

Le pharmacien, la directrice et un cadre de santé assurent le pilotage de ce processus. Une fiche de mission précise leurs responsabilités en tant que pilotes du processus.

Le pharmacien est également responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, ainsi que pharmaco et réactovigilant.

L'instance du pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse de l'établissement est la COMEDIMS.

Un organigramme précise la place de chacun dans la mise en œuvre du projet institutionnel.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus et aux objectifs qu'il s'est fixés, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (compétences).

La PUI de La maisonnée fonctionne avec un pharmacien gérant. Son remplacement est organisé lors de ses absences.

Les besoins en formation des personnels sont identifiés et intégrés dans le plan de formation de l'établissement.

Des formations à la prévention de l'erreur médicamenteuse, à la déclaration des événements indésirables, aux médicaments à risques ont été proposées en interne.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés et les procédures relatives au processus de prise en charge médicamenteuse sont établies et actualisées.

Les ressources documentaires adaptées, formalisées, validées et actualisées sont accessibles via une base documentaire en version papier.

Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse est en place. Un livret thérapeutique est élaboré et mis à jour. Une politique sur le bon usage des antibiotiques est définie.

Des données de référence pour la prescription, l'analyse pharmaceutique et l'administration des médicaments sont en place (livret thérapeutique, Vidal, Thériaque).

Quelques documents à destination des parents ont été élaborés.

Les ressources matérielles sont adaptées aux objectifs que l'établissement s'est fixés.

Des chariots d'urgence standardisés ainsi que des enceintes de stockage des médicaments sécurisés sont en place dans chaque unité de soins.

Le système d'information est structuré. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est

complète sur l'ensemble de l'établissement. Elle est organisée autour d'un logiciel de gestion de dossier médical commun.

Les équipements informatiques sont adaptés à l'activité.

Des règles et supports de prescription et d'administration sont en place.

Les locaux de la pharmacie ont été restructurés pour répondre aux besoins du service.

Une procédure d'approvisionnement en médicaments ou DMS (Dispositifs Médicaux Stériles) est en place. Les dotations sont calculées pour éviter toute rupture. Une dotation d'urgence est en place dans chaque unité.

En cas de nécessité, un système de dépannage est prévu avec le recours à des établissements partenaires ou pharmacies de ville.

L'entretien et la maintenance préventive et curative des équipements et locaux sont organisés. Les conditions de stockage et de conservation des médicaments et DMS sont définies, y compris la chaîne du froid.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et la pharmacie.

Entre secteurs cliniques, l'informatisation du dossier patient permet l'accès aux données de l'ensemble des patients.

La pharmacie a accès aux prescriptions, aux données cliniques et biologiques permettant la validation pharmaceutique.

Les examens de laboratoire sont incrémentés dans le dossier informatisé du patient.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels est organisée dans les différents secteurs de l'établissement.

La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée en objectifs d'amélioration et en un programme d'actions inclus dans le PAQSS de l'établissement.

Pour chaque action, un responsable est désigné, des échéances programmées et des modalités de suivi définies.

Le suivi du plan d'action est assuré par les pilotes du processus et en instances (COMEDIMS, Bureau Qualité).

Le déploiement opérationnel dans les services de soins est assuré en lien avec l'encadrement.

Les équipes de soins rencontrées connaissent les plans d'action en cours et sont parties prenantes des actions d'amélioration.

L'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires ont été réalisés en lien avec les professionnels concernés.

Les principaux risques et les priorités retenues sont communiqués aux professionnels par les pilotes du processus et l'encadrement.

Des actions de sensibilisation/formation des professionnels complètent ce dispositif (formation aux risques d'erreurs médicamenteuses, à la déclaration des événements indésirables, aux médicaments à risque...).

La communication des résultats d'audits, indicateurs, EPP, suivi des événements indésirables, CREX, formations internes en lien avec le médicament contribuent à la sensibilisation des professionnels aux risques liés au processus de prise en charge médicamenteuse.

L'encadrement en lien avec les pilotes du processus s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues via des audits et EPP, le suivi d'indicateurs, le suivi des plans d'actions du PAQSS, le recueil et l'analyse des événements indésirables.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés avec les professionnels concernés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

L'information des professionnels sur les résultats est assurée.

Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre le cas échéant en y associant les professionnels concernés.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus de prise en charge médicamenteuse tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (compétences) sont adaptées.

La PUI fonctionne avec un pharmacien gérant.

La permanence pharmaceutique est organisée. En cas d'absence, le remplacement du pharmacien gérant est assuré.

Des formations à la prévention de l'erreur médicamenteuse, à la déclaration des événements indésirables, aux médicaments à risque sont organisées en interne.

La documentation est connue, actualisée et accessible dans les unités de soins. Tous les documents relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont mis à disposition des professionnels : manuel qualité, procédures relatives au circuit du médicament et couvrant l'ensemble du processus, livret thérapeutique comprenant une liste de médicaments à risques...

Des données de référence pour la prescription, l'analyse pharmaceutique et l'administration des

médicaments sont en place (livret thérapeutique, Vidal, Thériaque, politique du bon usage des antibiotiques ...). Les professionnels rencontrés ont accès et utilisent ces ressources documentaires.

Les ressources matérielles sont adaptées aux objectifs que l'établissement s'est fixés, fonctionnelles et entretenues.

Les locaux de la pharmacie ont été restructurés afin de répondre aux besoins du service.

Les locaux et le stockage des médicaments sont sécurisés.

Les médicaments à risques sont identifiés. Les contrôles de température des réfrigérateurs sont assurés avec traçabilité et report d'alarme.

Des chariots d'urgence standardisés sont disponibles dans chaque unité de soins.

Les équipements informatiques sont adaptés à l'activité de l'établissement.

Une procédure d'approvisionnement en médicaments ou DMS est opérationnelle. Des conventions sont établies avec des établissements partenaires et des pharmacies de ville pour des dépannages éventuels.

La maintenance des locaux et équipements est mise en œuvre, suivie et tracée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge des enfants.

Les règles et support de prescription et administration sont en place. Une liste des prescripteurs autorisés est établie. La prescription médicale est informatisée et conforme à la réglementation. L'accès au dossier informatisé est sécurisé par des codes personnels et des droits d'accès.

La dispensation des médicaments est nominative reglobalisée.

L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est assurée avec accès aux données cliniques et biologiques.

Les règles d'administration des médicaments sont respectées et répondent aux bonnes pratiques.

L'administration et les justifications des non-administrations des médicaments sont tracées dans le dossier patient informatisé.

L'établissement n'autorise pas la gestion du traitement personnel des enfants.

Les circuits établis sont respectés. La permanence pharmaceutique est assurée. Une dotation par service est définie, suffisamment large pour éviter toute rupture. Une dotation d'urgence est disponible dans chaque unité de soins.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont respectées. La gestion de stock de la PUI est informatisée et les conditions de détention sont conformes aux exigences qualitatives des produits stockés. Les armoires à pharmacie et réfrigérateurs dans les services ferment à clef.

Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs avec suivi de température et report d'alarme.

La livraison dans les unités de soins est réalisée un professionnel du service logistique.

La vérification des stocks et des péremptions est assurée.

Les bonnes pratiques en matière de préparation sont mises en œuvre en référence aux règles définies. Les médicaments sont préparés, distribués et administrés de façon extemporanée.

Un chariot d'urgence standardisé est vérifié et à disposition des professionnels dans chaque unité de soins.

Les interfaces sont opérationnelles entre la PUI et les secteurs cliniques, médico-techniques logistiques et administratifs. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie. Lors des transferts des enfants (transferts vers un autre établissement, HAD, permissions de sortie...), un relais de prise en charge est organisé et toutes les informations nécessaires sont communiquées à l'équipe soignante d'accueil ou aux familles en temps utile.

La PUI échange avec les unités de soins en diffusant les alertes de pharmacovigilance, ainsi que toutes informations utiles relatives aux médicaments et DMS.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif structuré d'évaluation et de suivi de la mise en œuvre des plans d'actions est assuré sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés en lien avec les professionnels concernés.

Des audits du circuit du médicament sont réalisés deux fois par an (audits ANAP Interdiag).

L'établissement suit les indicateurs nationaux hôpital numérique ainsi que quelques indicateurs d'activité.

Une EPP sur la réévaluation de l'antibiothérapie à 72h est mise en œuvre.

Quelques CREX en lien avec le circuit du médicament ont été réalisés.

La PUI suit quelques indicateurs au travers de ses rapports d'activité.

La COMEDIMS produit un bilan annuel d'activité.

Ce dispositif permet de mesurer l'efficacité des mesures mises en œuvre, de colliger les actions non réalisées, d'identifier les points critiques et d'ajuster la stratégie.

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

Le programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi. Il est articulé avec le PAQSS de l'établissement et contribue à l'amélioration de l'ensemble du processus.

Les risques résiduels sont analysés et génèrent, le cas échéant, la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration. Le PAQSS est alors réajusté.

Au jour de la visite de certification, les plans d'actions déterminés au regard des principaux risques identifiés, ont été mis en œuvre.

Des modalités de diffusion sont établies et la communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et instances et des usagers.