



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION SSR VAL ROSAY**

**133 rue Saint Cyr  
69370 Saint Didier Au Mont D'Or**

**MARS 2019**

# 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>	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
4. SUIVI DE LA DÉCISION	7
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

SSR VAL ROSAY	
Adresse	133 rue saint cyr 69370 Saint Didier Au Mont D'Or
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	690781026	SSR VAL ROSAY	133 rue saint cyr 69370 Saint Didier Au Mont D'Or

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	384	60

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

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

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

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

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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

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



# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	HC	Affections de l'appareil locomoteur			SSR
2	Adulte	HC	Soins palliatifs			SSR
3	Adulte	HC	Affections du système nerveux			SSR
4	Adulte	HDJ	Cardiologie / Pneumologie			SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

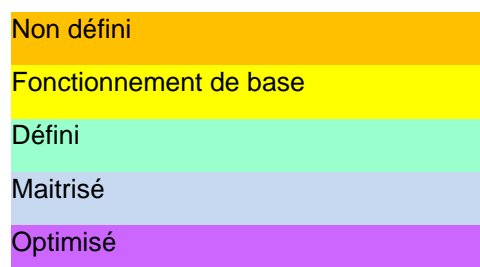
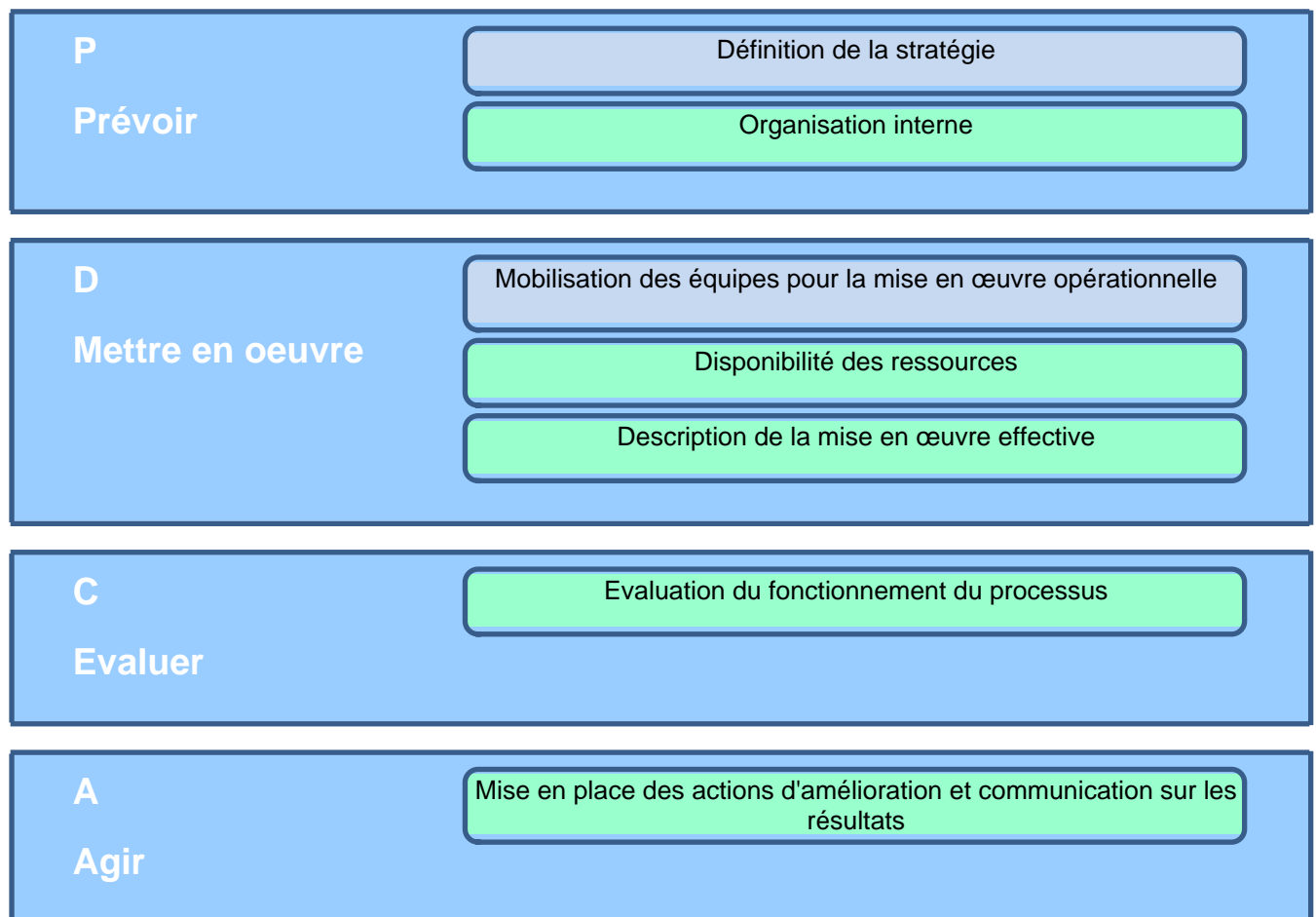
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

L'établissement de Val Rosay a défini sa politique Qualité à travers son manuel d'assurance qualité gestion des risques qui a été revu en juin 2018. Elle décrit l'engagement de l'établissement en matière de qualité et sécurité des soins ainsi que l'organisation du pilotage, sa mise en œuvre opérationnelle et les moyens associés. Elle prend en compte l'évaluation des pratiques professionnelles, les obligations légales et la gestion de crise.

La direction est véritablement engagée pour la sécurité des patients et des professionnels et contribue à la culture sécurité globale de l'établissement : la direction organise annuellement des visites de sécurité dans l'ensemble des services venant en appui au management pour la gestion des risques.

La Direction du SSR Val Rosay s'engage à travers sa politique qualité à :

- Garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en impliquant les usagers,
- Créer une véritable dynamique dans l'évaluation et l'amélioration de ses pratiques professionnelles,
- Construire une gestion des risques axée sur la prévention et garantir le plus haut niveau de sécurité à ses patients,
- Faire du retour d'expérience le socle de la culture qualité et de sécurité des soins,
- S'appuyer sur la pluri professionnalité et l'expérience des équipes pour développer la culture sécurité,
- Mettre en place les moyens techniques, humains, financiers et organisationnels permettant une amélioration continue de la qualité des soins.

L'évaluation structurée des risques a été réalisée sur les thématiques du compte qualité avec un programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) associé. Ces évaluations ont été effectuées avec l'implication des pilotes des processus et la mobilisation des professionnels de l'établissement.

Une évaluation des risques a priori, a été réalisée sur l'ensemble des thématiques du manuel de certification avec un plan d'actions décliné par secteur d'activité.

L'analyse des risques a priori s'est opérée selon une méthodologie définie qui prévoit à la fois l'identification du risque, l'évaluation de sa criticité et l'intégration des éléments de maîtrise en place. Les décisions de la précédente visite de certification ont été prises en compte, ainsi que les résultats des indicateurs nationaux, les résultats des analyses des risques à posteriori, le bilan des FEI, CREX, EPP.

Chacun des pilotes de processus a utilisé cette méthodologie : le processus de cotation et de hiérarchisation s'est opéré avec les professionnels concernés sur la base d'une formation des pilotes. L'échelle utilisée est une échelle à cinq niveaux comme celle de la HAS afin d'assurer une pleine articulation avec le format du compte qualité.

Cette évaluation a permis d'extraire les risques prioritaires pour le compte qualité.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et son programme d'actions formalisé et priorisé sont présentés aux instances concernées pour validation. La politique et le programme sont actualisés.

Le représentant des usagers participe activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité sécurité des soins, notamment lors des réunions de la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Les modalités d'élaboration, de validation et de mise en œuvre de la politique et du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité de l'établissement s'appuient sur une organisation structurée : le pilotage est confié par la CME au COPIL Qualité Gestion Des Risques (COPIL QGDR) qui assure la coordination des différentes composantes du système QGR.

Il a pour vocation de contribuer par ses avis ou propositions à l'amélioration continue de la qualité et à la diminution de la part évitable des risques.

Il supervise la mise en œuvre du programme qualité gestion des risques validé par la CME.

Il assure le suivi de l'ensemble des démarches et projets ayant un impact sur la qualité et sur la maîtrise des risques.

Les pilotes sont identifiés, une lettre de mission est formalisée. La formation des pilotes a été prévue et réalisée via le réseau qualité CEPRAAL (Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients en Auvergne-Rhône-Alpes) et en interne par le service qualité.

Les responsables des vigilances sont identifiés. La gestion des alertes sanitaires ascendantes ou descendantes est intégrée dans la procédure des événements indésirables (EI).

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est nommé et ses missions sont formalisées.

L'ensemble des cadres de santé met en œuvre la politique qualité dans les services. Des professionnels de terrain sont nommés référents pour la plupart des thématiques (notamment, droits des patients, dossier patient, circuit du médicament, parcours ou pour l'analyse des EI). Ils travaillent en collaboration avec les pilotes des processus.

Il existe une organisation pluri-professionnelle permettant le suivi des démarches des Évaluations de

Pratiques Professionnelles (EPP). La commission EPP a été dissoute le 29 novembre 2018 et le pilotage des EPP est aujourd'hui directement sous la responsabilité de la CME ceci afin d'affirmer son rôle dans la démarche qualité gestion des risques associés aux soins.

Le dispositif de traitement et de gestion des événements indésirables est défini, organisé et accessible à tous les professionnels (logiciel de déclaration en ligne). Une charte de signalement responsable à la déclaration est définie. Des formations afférentes sont dispensées aux professionnels. Il existe une procédure qui décrit les modalités de signalement et de suivi des EI intégrant la méthodologie d'analyse des EI graves. Les événements sont analysés en cellule d'étude des événements indésirables (CEEI). Des retours d'expérience sont organisés au sein des services concernés par les signalements en associant les professionnels.

Le dispositif des CREX et RMM est en place avec des référents identifiés par service.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée par la direction générale, avec l'implication des professionnels concernés et en associant le représentant des usagers.

Les ressources et besoins de formation ont été identifiés et intégrés dans le plan de formation global et organisés. Le plan de formation intègre des formations pour l'ensemble des professionnels dans le domaine de la qualité gestion des risques.

La gestion documentaire est informatisée et est organisée par le service qualité. Des classeurs papier existent dans les services sur certaines thématiques (par exemple la douleur ou l'hygiène). La gestion des procédures et des protocoles est formalisée par la procédure documentaire.

Les règles de rédaction, vérification et validation de ces documents sont établies.

Les plans d'urgence pour les situations de crise sont définis. Le plan blanc est formalisé.

Des actions de communication sont régulièrement planifiées pour sensibiliser les professionnels sur la démarche qualité de l'établissement dans les réunions de services ou pendant les transmissions.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le programme d'actions a été décliné par service.

Il existe une stratégie visant à sensibiliser et impliquer les professionnels notamment par :

- Les rencontres sécurité qui sont mises en œuvre et permettent de promouvoir une culture de sécurité reposant sur la confiance et l'écoute. Elles démontrent l'engagement fort de la direction générale pour la sécurité des patients et des professionnels. Très appréciées par les professionnels, elles structurent la communication entre la direction et les équipes du secteur d'activité visité.
- La charte de signalement responsable à la déclaration,
- La nomination de référents terrain sur la plupart des thématiques : parcours, droits, dossiers, circuit du médicament, gestion des EI.

La démarche qualité-gestion des risques est portée par l'encadrement du service en lien avec la responsable qualité de l'établissement.

Les cadres de proximité et la responsable qualité sont très impliqués dans la démarche qualité.

Les professionnels participent selon leurs missions et compétences à la mise en place des actions correctives. Les résultats sont communiqués aux équipes.

Les professionnels rencontrés connaissent les risques et actions mises en place concernant les patients pris en charge dans leur service ou secteur (exemple : travail sur la télémétrie en cardiologie ou réunions pluridisciplinaires en traumatologie pour assurer la continuité des soins).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les membres de l'équipe qualité-gestion des risques sont formés à la qualité gestion des risques. Ils apportent les compétences méthodologiques nécessaires auprès de l'ensemble des professionnels en matière de qualité et gestion des risques.

La formation des équipes et l'accompagnement des professionnels sont organisés sur les thèmes qualité risques. De nombreux professionnels ont suivi des actions de formation : gestion des risques niveau 1, gestion des risques niveau 2, méthodes d'analyse des événements indésirables, pilote de processus.

Le dispositif de gestion documentaire est à disposition des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service Qualité et Gestion des Risques assure le suivi du PAQSS et des indicateurs qualité.

Le service qualité apporte un soutien méthodologique lors des évaluations et audits menés dans les services.

L'encadrement des services (médecins et cadres) participe au traitement des plaintes et réclamations des usagers.

Les professionnels rencontrés connaissent la démarche qualité gestion des risques de l'établissement.

Les vigilances sont opérationnelles, un organigramme est connu et disponible dans les services.

Le dispositif de signalement des événements indésirables permet une analyse des causes. Il est connu et maîtrisé par les professionnels.

Plusieurs CREX ont été réalisés, selon une analyse approfondie des causes avec les professionnels

concernés.

Le déploiement et la mise en œuvre des EPP (patients traceurs, quick-audits) s'appuie sur l'engagement des professionnels : dossier patient, contention, prise en charge la nuit, identitovigilance.

Le PAQSS et les résultats des différentes évaluations sont présentés aux instances concernées de l'établissement ainsi que leur suivi.

Le dispositif de recueil des attentes des usagers et de leur niveau de satisfaction est opérationnel à partir des questionnaires de sortie.

La représentation des usagers au sein l'établissement est effective au niveau des instances. Le représentant des usagers participe à certaines instances et comités (notamment, COFIL QGDR, CLUD, CLIN).

La gestion des plaintes est opérationnelle avec la mise en place d'actions correctrices et une réponse adaptée au patient ou à sa famille.

Un exercice annuel est réalisé pour tester l'efficacité du plan blanc.

En revanche, la mise à jour des documents n'est pas toujours opérationnelle. La procédure des procédures n'est pas totalement respectée ce qui ne permet pas de garantir que la documentation s'appuie sur des recommandations, les bonnes pratiques et la réglementation actualisée. Bien que la procédure des procédures prévoit la mise à jour au moins tous les quatre ans de chaque document qualité, cette actualisation n'est pas toujours mise en œuvre. Il a été constaté des documents dans la base documentaire de plus de quatre ans (exemple : protocole de soins et surveillance de fixateur externe datant de 2010). De plus, des classeurs papiers sont en place dans les unités de soins et leur mise à jour est sous la responsabilité de référents (notamment, hygiène, douleur). Il a été constaté dans le service de Neurologie-Orthopédie un document obsolète qui ne correspondait pas à la version en vigueur (pose d'un cathéter veineux périphérique). Certains documents ne sont pas codifiés et/ou datés comme prévu dans la procédure des procédures (ex : check-list des médicaments à risque sans date, conduite à tenir en cas d'arrêt cardio-respiratoire). Cet écart a été confirmé par l'établissement qui a réalisé un quick-audit pendant la visite et a constaté les mêmes dysfonctionnements.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés sur la base d'outils identifiés (notamment, indicateurs, tableaux de bord). Le service qualité coordonne le dispositif et recueille l'ensemble des données mises en œuvre (FEI, EPP, CREX, RMM, suivi des actions du CQ, formation, patient traceur).

L'évaluation permet d'identifier des actions correctives.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée au travers des questionnaires de sortie analysés en commission de satisfaction qui se réunit mensuellement. Les résultats sont communiqués aux professionnels et la CDU est informée.

Des indicateurs qualité sont identifiés : indicateurs nationaux et indicateurs internes déclinés par thématique et avec un suivi régulier.

L'établissement a procédé à la réalisation de plusieurs patients traceurs ce qui lui a permis d'évaluer sa prise en charge de manière globale.

Les analyses de risques réalisées à partir des fiches d'événements indésirables, les CREX ou encore les RMM font l'objet d'un retour aux professionnels et sont disponibles dans la GED.

Un rapport annuel d'activité de la CDU est rédigé et communiqué à l'ARS.

L'évaluation de l'efficacité du PAQSS est suivie régulièrement et revue annuellement pour l'ensemble des plans d'actions associés.

Les résultats sont communiqués aux professionnels.

## A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration ont été réalisées à partir du travail sur l'identification des risques. Les actions ont été mises en place à la suite des différents résultats des évaluations ou des fiches d'événements indésirables. Elles sont intégrées et articulées avec le PAQSS.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les professionnels sont informés du suivi des actions conduites via des réunions de services organisées par les cadres, mais aussi des assemblées générales qui ont été réalisées pour préparer la certification ou encore pendant la semaine de la sécurité des patients.



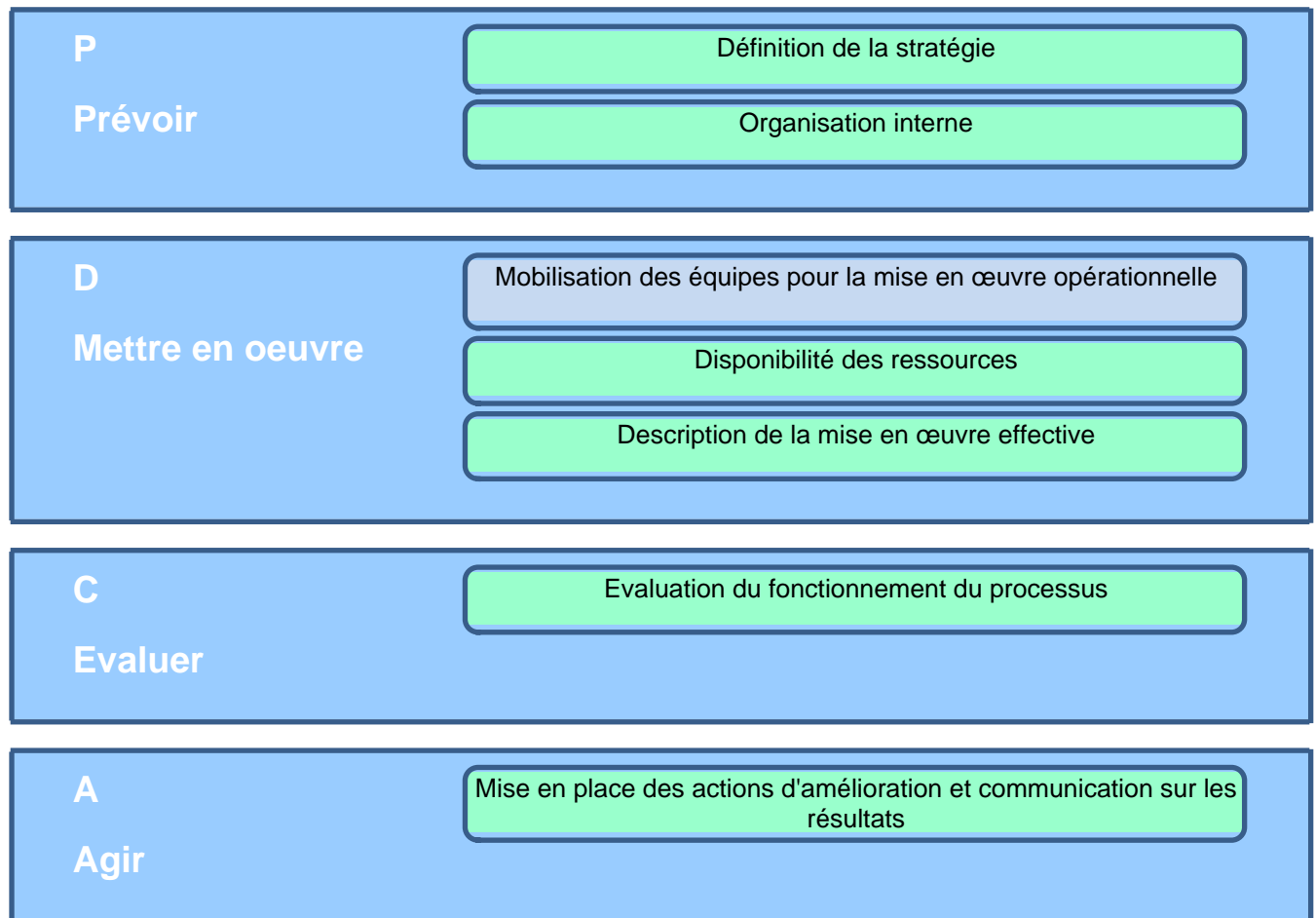
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

L'établissement de Val Rosay a défini une politique relative aux droits des patients au sein de son manuel assurance qualité gestion des risques. L'objectif est d'impulser une politique de promotion des droits des patients, basée sur l'amélioration de la relation entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire et sur la prévention des situations inacceptables en matière de respect de la dignité de la personne. Une charte de bientraitance est également définie au niveau de la politique du groupe UGECAM.

Outre l'analyse des réclamations, des questionnaires de satisfaction, des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IPAQSS), des fiches de signalement des événements indésirables (FSEI), l'établissement a établi une cartographie des risques pour le processus droits des patients en collaboration avec les professionnels des unités de soins. Les trois risques identifiés dans le compte qualité sont issus de cette cartographie.

Afin de garantir le respect des droits des patients, les plans d'actions issus de l'analyse des risques portent sur :

- la sensibilisation des professionnels à la bientraitance,
- la prévention des risques liés à la contention,
- la formation à l'annonce du dommage lié aux soins.

L'établissement a également fait le choix de piloter le processus droits des patients en lien avec les processus prise en charge de la douleur et prise en charge et droits des patients en fin de vie.

Des actions sont identifiées et intégrées au plan d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS). Elles sont validées par le COPIL qualité gestion des risques (Copil QGDR) et présentées à différentes instances, notamment la commission des usagers (CDU).

**ORGANISATION INTERNE**

La politique des droits des patients de l'établissement s'appuie sur une organisation structurée en trois niveaux :

- deux pilotes institutionnels dont les missions ont été définies par une fiche de poste : un médecin présidente du Comité éthique et le représentant des usagers

- un pilote opérationnel par la désignation d'un cadre de santé

- Des référents terrain désignés dans chaque unité dont le rôle est défini dans la charte de fonctionnement du réseau de correspondants droits des patients.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers (CDU) dans le livret d'accueil. Ils sont informés sur leur état de santé et ils sont associés à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins.

Le système de Gestion Électronique de Documents (GED) centralise les procédures relatives au respect du droit des patients : en particulier, annonce d'un dommage lié aux soins, gestion des réclamations et des plaintes (écrites et orales), protocole de recueil de la personne de confiance ou encore procédure de la mise en œuvre d'une contention physique.

La désignation de la personne de confiance et le recueil des directives anticipées sont organisés : mention dans le livret d'accueil, plaquettes d'information à destination du patient et traçabilité dans le dossier du patient.

Le plan de formation de l'établissement propose des formations en lien avec les droits des patients et la bientraitance.

Une charte de bientraitance a été établie et affichée dans les services.

Les interfaces avec le service social sont organisées, mais les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas formalisées. Il n'existe pas de procédure de signalement de cas de maltraitance. L'établissement a pris acte de cet écart pendant la visite et a rédigé une procédure.

Il existe une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient, notamment pour les épreuves d'efforts en cardiologie ou pour les actes de nasofibroscopie et, le cas échéant, pour le refus de soins.

Les chambres doubles sont équipées de rideaux afin de respecter l'intimité et la dignité des patients.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les cadres de proximité et les référents terrain sensibilisent les professionnels au respect des libertés individuelles, aux pratiques de bientraitance et plus généralement sur tous les thèmes liés au respect des droits des patients (directives anticipées, désignation de la personne de confiance, annonce de dommage liée aux soins, contention). Des actions favorisant la bientraitance sont organisées dans les services.

L'établissement a réalisé une enquête bientraitance auprès du personnel, mais aussi auprès du patient. Suite à cette enquête, un groupe de travail a élaboré un module de sensibilisation à la bientraitance qui a été décliné dans l'ensemble des services de soins par les référents.

L'établissement a également participé à une EPP régionale sur la contention. Cette EPP a abouti à l'élaboration d'un module de sensibilisation à la contention destiné aux unités de soins.

Concernant l'annonce de dommage liés aux soins, dans le cadre du Comité Éthique de l'établissement, une formation a été réalisée par le CEPPRAAL (Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients en Auvergne-Rhône-Alpes) et déclinée ensuite par des formations adaptées aux différentes catégories professionnelles.

Les résultats des indicateurs sont affichés dans les services et sont présentés par l'encadrement lors des transmissions entre équipes ou lors de réunions de services.

Des actions d'amélioration sont déclinées.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le livret d'accueil du patient comporte, en plus de la charte de la personne hospitalisée, la description des droits des patients, les dispositions liées à la médiation, des modalités de désignation de la personne de confiance et les possibilités de rédaction des directives anticipées.

La charte du patient, ainsi qu'une charte de bientraitance sont affichées dans tous les services.

Des fiches d'information à destination des patients sont établies sur les directives anticipées, les droits des patients et la contention, ainsi que des plaquettes autour de la thématique douleur, comme par exemple, "bien gérer la prise des antalgiques".

Des dispositions sont en place pour faciliter la présence de l'entourage, notamment dans les situations particulières : lits accompagnants, visite à toute heure, notamment pour les proches des patients en fin de vie.

La configuration des locaux et l'équipement contribuent au respect de la confidentialité (dossiers non accessibles, filtres sur les postes de soins).

Une liste des cultes est disponible pour les usagers.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions favorisant la bientraitance sont organisées dans les services et sont connues des professionnels.

L'établissement a réalisé une enquête bientraitance auprès du personnel, mais aussi auprès du patient.

Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, le refus de soins sont recherchés et tracés dans le dossier de soins.

Le patient est informé des soins qui lui sont proposés dans la mesure où il peut être acteur de sa prise en charge ; la participation du patient est requise dans la construction et la mise en œuvre du projet de soins.

La recherche de la notion de la personne de confiance et des directives anticipées est connue et tracée dans le dossier patient informatisé. Cela a été constaté au cours de la visite, dans plusieurs services et lors des patients traceurs. Des systèmes d'alerte sont mis en place via le dossier informatisé pour récupérer le formulaire de la personne de confiance ou encore lorsque le patient a écrit des directives anticipées.

Les professionnels utilisent les salons de famille pour accueillir les patients ou la famille.

Les rideaux dans les chambres doubles sont utilisés.

Le respect de l'intimité des patients lors des soins y compris les soins d'hygiène est effectif. Les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

La procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins est connue des professionnels qui ont été formés.

Les projets de prise en charge, l'organisation interne, les pratiques médicales et soignantes concertées permettent le respect des libertés individuelles.

Lorsque le patient souhaite laisser sa porte ouverte, cette information est tracée dans le dossier informatisé et permet de respecter ce choix.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres patient traceur a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus droits des patients.

Le recours à la contention est discuté en équipe afin de l'adapter au profil du patient. La prescription de contention est retrouvée dans le dossier informatisé.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du respect des droits des patients au travers de l'analyse des EI, du suivi des plaintes et réclamations et de la satisfaction globale des usagers (questionnaires de sortie), ainsi qu'à travers des audits dédiés (prescription des contentions, quick-audit sur les directives anticipées).

Des patients traceurs sont réalisés au sein des services permettant d'évaluer le respect des droits des patients.

Lors de la semaine de la sécurité des patients, le respect des droits des patients a été intégré au scénario de la chambre des erreurs pour évaluer les connaissances du personnel sur cette thématique.

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

Les résultats des indicateurs IPAQSS sont affichés à destination des usagers et des professionnels de l'établissement.

Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS et suivies par le comité de pilotage QGDR.

Les résultats des questionnaires de satisfaction sont diffusés dans chaque service.

La communication des résultats se fait au moment des transmissions, des réunions de services et lors des présentations en instances.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

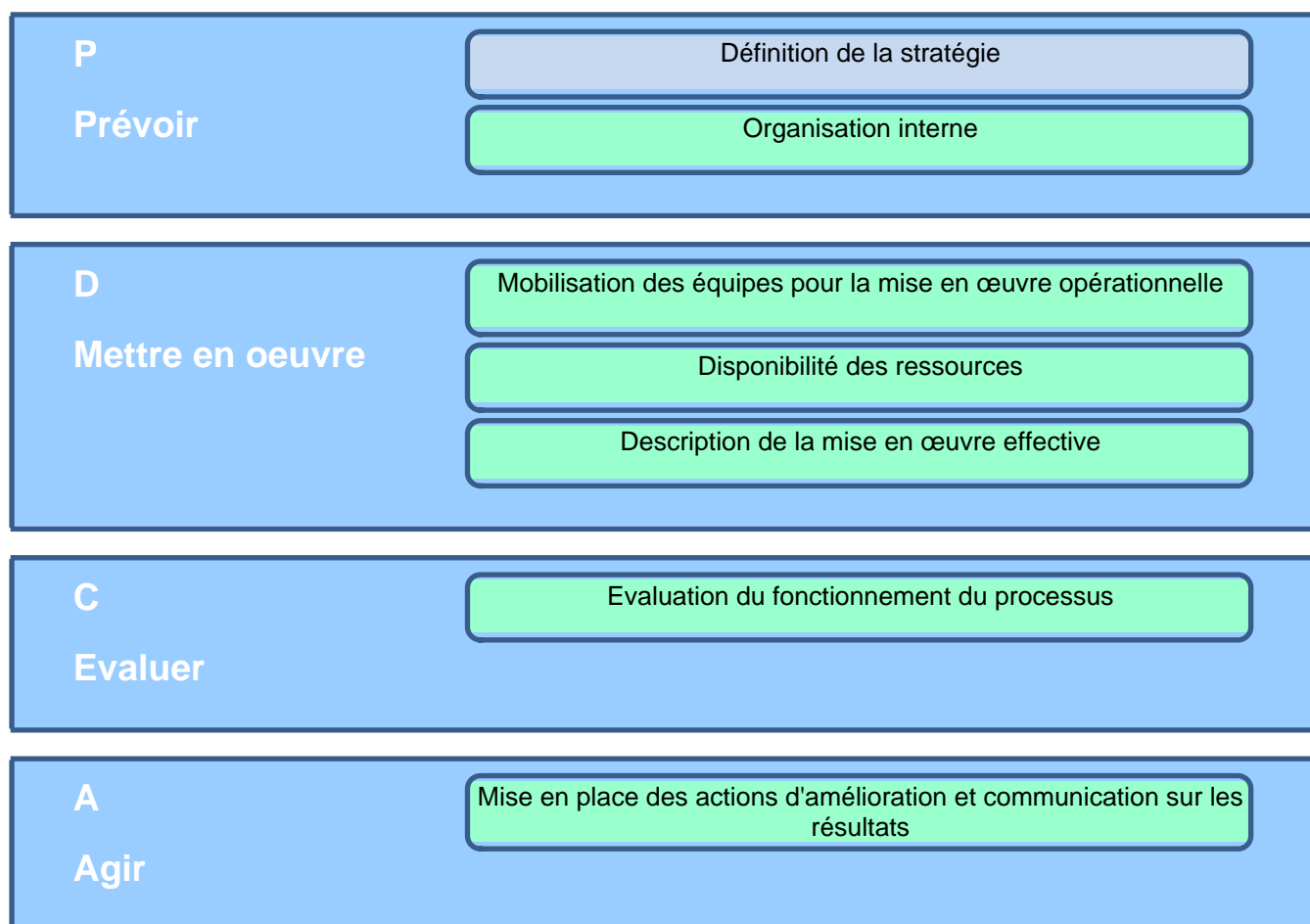
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le SSR Val Rosay comporte 305 lits en hospitalisation complète (3 lits de soins palliatifs), 50 places en hospitalisation de jour. Chaque étage dispose de deux ailes « aile Nord » et « aile Est », avec entre autre des salles de soins et des plateaux techniques.

Le projet médical de 2018-2022 définit les différents modes de prise en charge, en Hospitalisation complète ou de Jour (HDJ).

L'établissement est organisé en quatre secteurs d'activité : affection de l'appareil locomoteur et du système nerveux / affections cardio-vasculaires / affections respiratoires et affections de la personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance (médecine générale et à orientation oncologique).

Le projet médical se décline en trois axes stratégiques : « renforcer les liens avec les acteurs de territoire », « développer les nouveaux modes de prise en charge notamment l'ambulatoire » et « renforcer l'excellence médicale et soignante ».

Le Schéma régional de santé (SRS) fixe des objectifs qualitatifs pour le secteur SSR comme « Renforcer les liens avec des plateaux techniques MCO », « Organiser des filières en cancérologie », « Développer l'ambulatoire » et « Optimiser l'accès et le parcours de soins en SSR cardio-respiratoire ».

Grâce au nombre d'actes CCAM, l'établissement suit l'évolution des prises en charge pour son activité de nasofibroscopie (54 actes sur les 11 premiers mois de 2018).

Les besoins du SSR Val Rosay ont été identifiés en regard des attentes de la population du territoire et du CPOM 2017-2021.

L'établissement développe des conventions entre autre avec des établissements hospitaliers de la région comme les Hospices Civils de Lyon dans le cadre de prises en charge spécialisées des affections cardiovasculaires.

Le SSR Val Rosay a signé une convention avec le Centre des Massues, relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs dans les structures sanitaires ; ainsi qu'avec l'association JALMAV (« Jusqu'À La Mort Accompagner la Vie »).

Un partenariat est formalisé par une convention avec l'association VMEH Rhône (visite des malades en établissements hospitaliers).

Des bénévoles interviennent par convention au sein du SSR Val Rosay comme les « blouses roses » pour des activités manuelles/ jeux de société. Une intervention de représentants du culte est possible sur demande du patient.

Ces stratégies de prise en charge sont validées par les instances comme la CME, COPIL-Qualité -GDR.

Dans le cadre de l'élaboration de son Compte Qualité (CQ), l'établissement a identifié ses principaux risques en s'appuyant sur les indicateurs IPAQSS, sur les patients traceurs, les fiches d'événements indésirables (FSEI) et des enquêtes culture sécurité effectuées en 2015 et en 2017.

Ces risques sont consécutifs à un travail de réflexion des pilotes de la thématique : président de CME-cardiologue, du médecin MPR - médecin de la structure COMETE (structure médico-sociale à visée de réinsertion professionnelle rattachée au SSR Val Rosay) – médecin PH au HCL et directrice des soins ainsi que de la responsable qualité de l'établissement.

A l'issue de l'analyse des risques réalisée pour l'élaboration du CQ, des plans d'actions ont été définis et visent à garantir :

- les ressources IDE nécessaires la nuit pour assurer la sécurité des soins,
- la qualité de la prise en charge des patients identifiés à risque,
- le bon fonctionnement des règles de gardes médicales.

Le SSR Val Rosay a élaboré des cartographies de risques pour l'activité de nasofibroscopie ainsi que pour la balnéothérapie, comme demandé lors de la V2010. A partir de l'analyse des risques, les plans d'actions ont été identifiés.

L'établissement possède une politique d'amélioration du « parcours patient » se retrouvant dans le processus « management qualité gestion des risques » et le manuel assurance qualité gestion des risques.

Cette politique est définie en lien avec la hiérarchisation des risques, en tenant compte de l'évolution des besoins territoriaux de santé. Elle a été validée par les instances concernées de l'établissement, notamment la CME. Cette politique est déclinée en un programme d'amélioration avec des indicateurs en référence au Manuel d'Assurance Qualité Gestion Des Risques (MAQGDR) de la structure.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation pour piloter la thématique « parcours patient » a été définie avec des pilotes institutionnels qui sont le médecin MPR, président de CME et la directrice des soins, et des pilotes opérationnels.

Les fiches de missions des pilotes et co pilotes sont formalisées.

Les règles de présence, de garde et d'astreinte sont définies afin de garantir une permanence des soins et

d'urgence 24h/24. De plus, l'établissement est doté d'une « charte de fonctionnement de la continuité de la prise en charge médicale » avec une garde de nuit et deux astreintes médicales (dont une cardiaque).

Une note explicative sur les astreintes médicales, suite au protocole d'accord avec UCANSS du 08/11/2011, a permis de préciser les contours de cette activité.

Le planning de présence médicale et paramédicale est accessible par les professionnels, sous forme papier dans les salles de soins et à partir du planning informatisé pour les paramédicaux.

Pour éviter tout risque de perte de continuité de soins en cas d'absence de professionnel non remplacé en interne, l'UGECAM a conclu un marché pour un recrutement à titre temporaire dans les domaines soignant, éducatif, social et médical.

L'établissement dispose d'un plan de formation permettant de maintenir et acquérir des compétences pour les professionnels (notamment, formation aux gestes d'urgence pour l'ensemble des professionnels soignants du secteur de balnéothérapie, « soins palliatifs, accompagnement de la fin de vie » en 2017).

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est défini (évaluation médicale initiale et recours à la psychologue et à un psychiatre si besoin). Par ailleurs, une sensibilisation en interne a été effectuée auprès des professionnels sur le risque suicidaire en 2018.

Les nouveaux arrivants sont encadrés et formés sur les prises en charge par leurs pairs sous forme d'un tutorat.

Les ressources documentaires (procédures, enregistrements) sont accessibles dans le système de gestion électronique de documents (GED).

L'établissement a mis en place une « procédure organisation des RH du service social », précisant la répartition des assistantes sociales au sein des différents secteurs (organisation avec ou sans absence d'assistante sociale), ainsi qu'une procédure concernant l'organisation du service diététique.

L'activité de nasofibroscopie fait l'objet d'une procédure « fonctionnement de la nasofibroscopie », avec un logigramme précisant l'organisation de cette activité, y compris une « fiche technique : préparation des bacs de désinfection ».

A la suite des recommandations de la V2010, l'établissement a mis en place un registre pour la traçabilité : nom du patient par le biais de son étiquette, étiquette de la fibre, recherche d'Encéphalopathie Spongiforme Transmissible (EST). Tout examen de nasofibroscopie est assujéti à un consentement du patient.

Pour l'activité de balnéothérapie, le SSR Val Rosay dispose d'un « manuel d'assurance qualité », décrivant l'organisation du secteur et le processus de prise en charge du patient avec une fiche de mission pour l'aide-soignante.

En lien avec la V2010, l'établissement s'est doté de quatre boutons d'alarme avec report en salle de soins de l'HDJ. De plus un affichage du numéro d'urgence est situé au niveau du bassin. Ainsi dans la « procédure d'urgence en balnéothérapie », les rôles des différents professionnels concernés par cette situation sont détaillés.

Des prélèvements sont effectués par un laboratoire externe pour signaler la présence ou pas de légionelle au niveau des douches.

La prise en charge de l'urgence vitale dans l'établissement est organisée et connue des professionnels de terrain avec un numéro d'appel du médecin d'astreinte.

Le SSR Val Rosay dispose d'une autorisation d'une ETP concernant le « patient bénéficiant d'un traitement anticoagulant au long cours ». L'établissement a élaboré un document qualité nommé « Procédure de prescription et de déroulement du programme d'éducation thérapeutique du patient bénéficiant d'un traitement anticoagulant au long cours », décrivant l'organisation de l'ETP.

Dans le cadre de cette ETP, les patients ont à leur disposition un questionnement sur leur traitement avec un questionnaire de satisfaction sur leur prise en charge.

Les professionnels de santé ont à leur disposition des documents d'information comme un flyer sur « droits des patients et contentions », « protocole de rééducation en rééducation cardiaque », « protocole de prise en charge des patients à risque de chute ».

Concernant l'urgence vitale, les professionnels disposent d'un document intitulé « conduite à tenir en cas d'arrêt cardio respiratoire » et « en cas d'obstruction des voies aériennes ».

Des documents d'information sont à la disposition des patients comme le livret sur « la dénutrition », « alimentation et diabète ».

Les patients ont à leur disposition le planning de prise en charge en rééducation (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste) et en balnéothérapie, conformément aux recommandations de la V2010. Ces plannings sont affichés dans la chambre du patient tout en préservant la confidentialité de l'identification du patient. Le SSR Val Rosay a mis en place un projet personnalisé de soins impliquant le patient, comme l'ont démontré les patients traceurs investigués en visite.

La fonction transport des patients est organisée et connue des professionnels.

Les ressources en matériel (ordinateurs, douchettes en balnéothérapie, matériel de rééducation) sont adaptés à une prise en charge efficiente des patients.

L'établissement s'est doté d'un appareil de télémétrie qui limite ainsi le nombre d'ECG à effectuer.

Tout dysfonctionnement en lien avec le « parcours patient » peut faire l'objet d'une déclaration sous forme d'une fiche de signalement d'événements indésirables (FSEI) informatisée sur le même logiciel que celui de la documentation. Ces FSEI sont analysées à fréquence hebdomadaire.

La gestion des interfaces par le biais notamment de l'encadrement soignant est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels.

La coordination entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge est organisée en particulier par des réunions interdisciplinaires et avec le DPI.

Une cellule d'admission a été instaurée au SSR Val Rosay pour gérer au mieux les demandes de séjour via le logiciel régional dédié aux demandes d'admission en SSR et plus rarement directement par un médecin en amont de la structure. Ces demandes sont imprimées par les secrétaires des admissions, permettant ensuite une consultation par le médecin du secteur concerné en collaboration avec la cadre de santé.

L'organisation de la prise en charge repose sur des réunions pluridisciplinaires régulières dans les services.

L'établissement a défini une organisation pour la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique. Notamment en Neurologie, la réunion pluridisciplinaire traite du devenir socioprofessionnel du patient. Dans ce contexte, le SSR dispose d'une association dite « COMETE », (association nationale, constituée d'un ergonome, d'un ergothérapeute, d'un médecin MPR, d'une assistante sociale, d'un psychologue du travail, d'un neuropsychologue, d'une secrétaire, de la cadre de santé du secteur social, avec l'intervention d'une socio-esthéticienne).

En ce qui concerne la sortie, une impression du plan de soins du DPI est fournie en plus de la prescription et du courrier de sortie vers un autre établissement.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement a identifié ses différents types de prise en charge. Des temps de rencontre entre les différents professionnels sont organisés. Au SSR Val Rosay, il existe des réunions de service ainsi que des réunions de cadres de santé, celles-ci traitant de la certification V2014 avec la visite de certification à blanc effectuée en juillet 2018, du déploiement du futur logiciel patient, de l'organisation d'une formation pour l'ensemble des évaluateurs de l'UGECAM Rhône-Alpes (« conduite à l'entretien ») ainsi que la présentation de la thématique « parcours » avec les EIO et les critères du manuel de certification qui s'y rattachent.

Chaque secteur a identifié ses risques comme pour la balnéothérapie et pour l'activité de nasofibroscopie.

Le SSR Val Rosay dispose d'un projet de service concernant les trois lits de soins palliatifs, projet d'octobre 2018. Les professionnels ont été impliqués dans son élaboration, la cadre de santé et le médecin du secteur recueillant leurs besoins et leurs attentes.

La cadre de santé de chaque secteur sensibilise les professionnels de santé sur les risques identifiés dans leur secteur, par exemple sur le risque de chute.

La conformité des pratiques professionnelles des paramédicaux est recherchée dans l'établissement entre autre par la cadre de santé, avec une évaluation de l'agent et ses besoins en termes de formation. Ainsi des formations « gestes d'urgence » sont suivies par les professionnels en lien avec l'urgence vitale.

Le dossier patient informatisé consolide les données de prise en charge des patients renseignées par l'ensemble des professionnels dès la pré-admission et tout le long du séjour ce qui a été démontré lors des patients traceurs au cours de la visite. Dans le dossier papier du patient se retrouvent notamment les consentements en fonction du type d'examen effectué.

Les professionnels ont participé aux patients traceurs réalisés par l'établissement avant la visite de certification V 2014: un en neurologie, trois en pneumologie, un en HDJ et un en SSR polyvalent.

Les dysfonctionnements sont signalés par le biais de fiches de signalement d'événements indésirables. De plus l'établissement a mis en place une charte pour faciliter la déclaration. Les professionnels peuvent connaître l'état d'avancement du traitement de leur FSEI en accédant au logiciel dédié, constat effectué sur le terrain dans l'ensemble des services de soins de l'établissement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La politique de l'établissement sur l'amélioration du parcours patient est diffusée par le biais du logiciel documentaire, elle est connue des professionnels (constats effectués sur le terrain). Des formations institutionnelles en lien avec la thématique sont organisées, en particulier pour un « nouvel arrivant ». Des formations sur les gestes d'urgence sont assurées et largement suivies par les professionnels concernés.

Le plan de formation du SSR Val Rosay est diversifié, que ce soient les formations en neurologie (Parkinson, Troubles du comportement), ou par exemple dans le secteur de Pneumologie sur la ventilation non invasive. Une sensibilisation interne « utilisation et entretien du nasofibroscope » est effective (vingt personnes formées).

Il existe des outils d'aide à l'administration pour les professionnels comme « Vidal », « Thésorimed ».

L'établissement est doté d'un dossier patient informatisé permettant d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge.

Les ressources matérielles font l'objet d'une maintenance, en interne ou en externe en fonction du type de dispositif médical et du type de panne.

Ainsi pour le nasofibroscope, une notification dans le contrat est en cours de réalisation, stipulant le prêt d'un nasofibroscope en cas de panne.

En balnéothérapie, un suivi de la qualité de l'eau est assuré et tracé (Chlore et relevé de température) par



l'ASD du secteur et par le service technique s'assurant ainsi de la conformité des résultats. Pour le changement de filtre, la maintenance est réalisée par le service technique de l'établissement, conformément aux recommandations du fabricant de la piscine.

Le SSR Val Rosay dispose de plusieurs plateaux techniques permettant aux rééducateurs (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et APA) une prise en charge efficace de toutes les pathologies (comme les arthromoteurs pour les pathologies ostéo-articulaires, vélo pour les tests d'effort).

L'établissement a mis à disposition des professionnels un système de documentation informatique, accessible et actualisé. Leur localisation est connue des professionnels de terrain. De plus, l'outil informatique comprend une procédure en cas de panne.

Le SSR dispose de procédures et d'enregistrements de la prise en charge.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les procédures de prise en charge de patients selon leur cœur de métier de l'admission à la sortie et tout le long du séjour. En plus des relèves ou transmissions entre deux équipes, les réunions pluridisciplinaires permettent aux professionnels soignants (IDE, ASD, cadre de santé du service et médecin) de connaître les faits marquants de la prise en charge des patients. La prise en charge est assurée en concertation avec les professionnels d'amont et d'aval, pour des interfaces opérationnelles et effectives. Dans le DPI, se retrouvent toutes les interventions des différents professionnels, notamment le « projet personnalisé des patients », comme l'ont démontré les patients traceurs réalisés en visite.

Les admissions peuvent être faites en provenance d'autres établissements avec une demande sur le logiciel régional dédié aux admissions en SSR, mais aussi de façon plus rare par une demande du médecin traitant. Les admissions sont effectives après une validation médicale en collaboration avec la cadre du service concerné, suite à l'étude du dossier.

Lors de l'admission, la recherche de l'identité, de la personne de confiance, de la personne à prévenir, la remise du livret d'accueil, l'installation et le recensement des habitudes de vie sont effectifs.

Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant du patient ou au médecin hospitalier en cas de transfert vers un autre établissement.

Les professionnels de santé connaissent la procédure nommée « procédure de prise en charge des urgences vitales dans un service de soins dans l'attente de l'arrivée du médecin » ainsi que le document « procédure de prise en charge des urgences vitales hors service de soins dans l'attente de l'arrivée du médecin ».

De plus, l'établissement possède un chariot d'urgence scellé se trouvant dans chaque salle de soins de l'HDJ (servant aussi pour la balnéothérapie), un aspirateur de mucosités et un défibrillateur qui a une vérification hebdomadaire. L'établissement est doté d'un sac à dos d'urgence et téléphone portable dédié aux urgences au PC sécurité et d'un défibrillateur dans le hall d'accueil à côté du PC sécurité.

La traçabilité des réunions pluridisciplinaires a été retrouvée lors du patient traceur en soins palliatifs. La traçabilité du poids et de la taille pour le calcul de l'IMC se retrouve dans le DPI, avec une surveillance du poids, comme observé lors des patients traceurs au cours de la visite.

L'établissement encadre la prévention du risque suicidaire avec la mise en place de documents qualifiés comme « la procédure d'évaluation du risque suicidaire », se trouvant dans la GED et connue des professionnels (quarante quatre professionnels formés au risque suicidaire).

Le consentement du patient est recueilli pour tout acte à risque comme pour l'activité nasofibroscopique.

Les professionnels sont sensibilisés au recueil des directives anticipées comme le patient traceur en soins palliatifs l'a montré.

En revanche, les modalités de prise en charge spécifiques type "contention de précaution" ne sont pas réévaluées à périodicité définie. La traçabilité de la réévaluation des contentions de précaution (barrières de lit, maintien au fauteuil) n'est pas assurée dans le dossier patient pour des prescriptions d'une durée supérieure à 24h. Il a été constaté des prescriptions de trente jours, sans précision de date de réévaluation lors du patient traceur en soins palliatifs et des investigations dans les services en neurologie-orthopédie. L'établissement a pris conscience de ce défaut et a commencé à sensibiliser les professionnels sur la nécessité de réévaluer toutes les 24h.

## C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place des EPP sur la « prévention des chutes », les « pratiques de la contention » et les « cathéters veineux centraux ».

Ainsi au 2 Nord (neurologie) depuis avril 2018, une évaluation des admissions non conformes a été mise en place.

Un audit « hors protocole dossier patient » a été effectué, concernant les unités 4 Est et 4 Nord (SSR polyvalent), pour analyser le nombre de dossiers ayant un Projet personnalisé de soins actualisé pour un séjour supérieur à trente jours et une synthèse du séjour (contenu médical sur sa prise en charge).

Un suivi a été mis en place concernant les staffs pluridisciplinaires pour identifier quels professionnels sont présents dans ces réunions.

Grâce aux FSEI, le SSR évalue le nombre de dysfonctionnement dans le cadre des gardes médicales ou les

fiches de déclaration de chutes.

Concernant l'ETP, l'établissement suit le nombre de patients participant à cette activité. Ainsi sur les onze premiers mois de 2018, quatre vingt dix patients ont suivi cet programme.

L'établissement exploite les résultats des IPAQSS et les déclarations de FSEI des professionnels.

Un questionnaire de sortie a été mis en place au sein de la structure.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont retrouvées dans le programme d'amélioration qualité et sécurité des soins, reprenant les actions correctives du compte qualité.

La communication des résultats se fait dans les réunions de service, les réunions de cadres et lors des instances (notamment, COPIL QGDR, la CME).

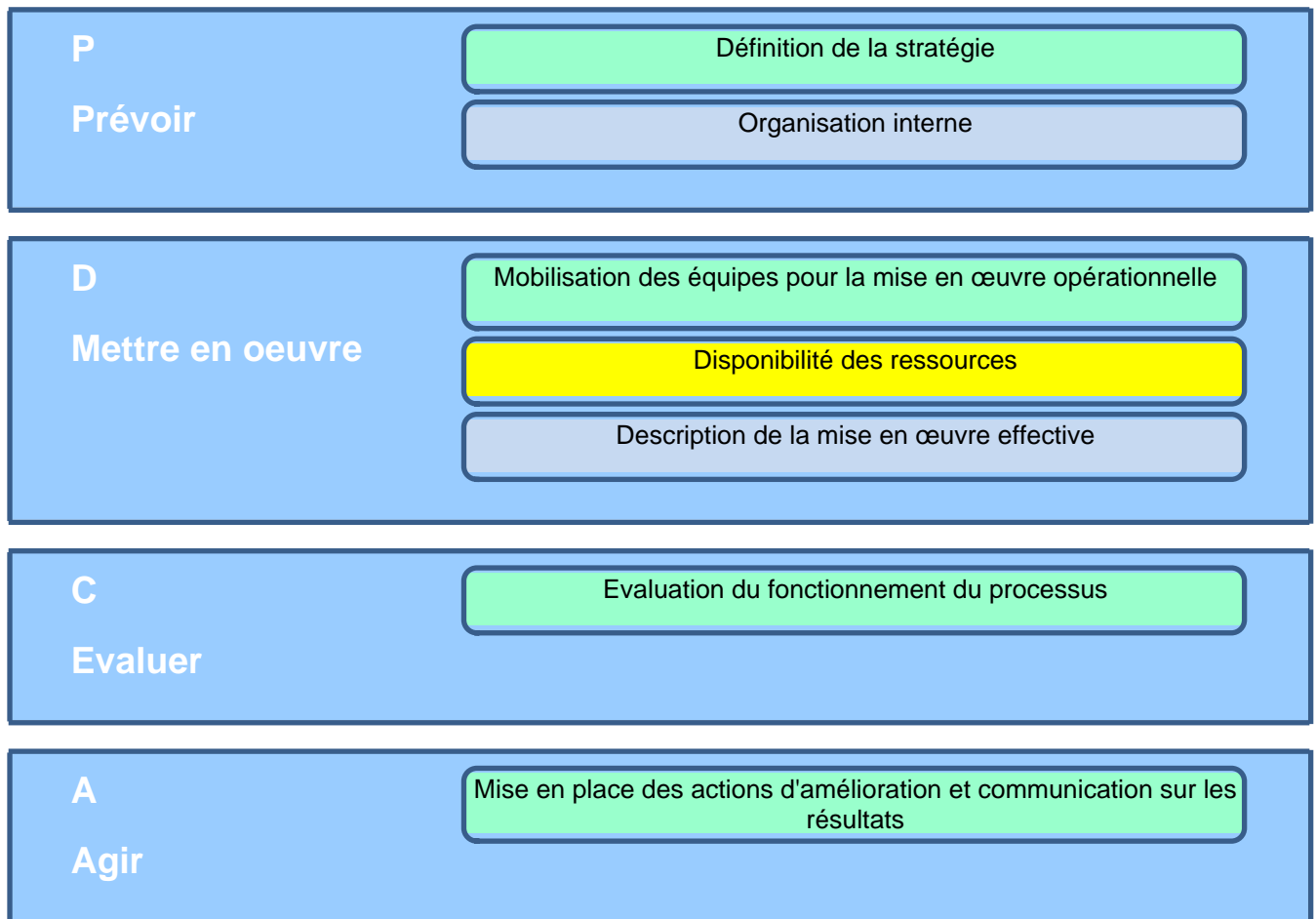
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La stratégie du SSR Val Rosay sur le dossier patient prend en compte le contexte actuel et l'analyse de ses risques propres. L'établissement a défini sa "Politique du Dossier Patient" dans un document élaboré en 2014 et réactualisé en juin 2018.

Elle s'appuie sur le dossier patient informatisé existant depuis 1994 dans l'établissement (avec un changement de logiciel en 2006) et sur un dossier administratif interfacé au dossier médico-soignant.

La démarche de l'établissement est portée par le groupe de travail sur la "Gestion des données patient" qui rassemble les volets liés aux thématiques Dossier Patient et Identification du patient.

Le compte qualité a été élaboré de manière participative, à partir d'une cartographie des risques, en prenant en compte l'analyse des déclarations d'événements indésirables et les résultats des indicateurs IPAQSS.

Les risques ont été priorisés et le plan d'actions comporte un axe majeur pour l'établissement sur "la garantie de la continuité de la prise en charge malgré l'instabilité du logiciel dossier patient" complété par la préparation de la mise en oeuvre "du changement du logiciel dossier patient". Les autres axes d'amélioration du compte qualité portent sur le recueil de la personne de confiance et la transmission de la lettre de liaison.

Sur les défaillances actuelles du DPI, compte tenu des dysfonctionnements récurrents constatés et des risques associés, la direction du groupe UGECAM a pris en compte la nécessité d'anticiper l'installation du nouveau logiciel dont le déploiement est prévu le 20 janvier 2019 dans l'établissement.

La stratégie de l'établissement est déclinée dans le programme d'actions 2018-2022 qui reprend les éléments du compte qualité. La politique du dossier patient est validée conjointement par la direction et la CME et les autres instances concernées sont informées.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Elle est définie tant au niveau de la gestion des données du patient (dossier informatisé et papier), que pour l'accès du patient à son dossier et son information sur ce droit.

Un pilote médecin et trois copilotes, médecin, IDE, secrétaire médicale, sont désignés sur le processus "Gestion des données patient".

Des correspondants (au moins une IDE ou ASD par service de soins) sont nommés sur la base du volontariat. Ils sont membres du groupe "Gestion des données patient" et constituent des relais opérationnels au sein des unités. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Les pilotes disposent d'une fiche de mission générale et d'une lettre de mission spécifique nominative. Les personnes habilitées à accéder aux archives sont identifiées sur une liste nominative. La personne chargée de la coordination du suivi des demandes de dossiers est désignée au niveau de la direction.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le document "Politique du Dossier Patient" définit l'organisation de la gestion du dossier depuis la pré-admission jusqu'à l'archivage afin de garantir la qualité, la sécurité et la confidentialité du contenu du dossier, d'assurer l'accès aux professionnels autorisés, y compris concernant les séjours antérieurs.

La structuration du système d'information des données patient est basée sur le logiciel du DPI qui recense la grande majorité des informations. Un dossier papier complète le dispositif et regroupe les documents non numérisés (notamment, lettre d'adressage, prescriptions du domicile), les examens radiologiques et les données sensibles du DPI qui sont imprimées pour conserver l'antériorité en cas de panne informatique.

Les modalités de communication en temps utile des informations du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont définies dans les procédures et guides d'utilisation disponibles sur le système de gestion documentaire. Les règles de gestion du dossier y figurent également (notamment, responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, archivage). Chaque catégorie professionnelle (médecins, IDE, rééducateurs, assistantes sociales, secrétaires, médicales) dispose de droits d'accès adaptés aux fonctions et d'un guide utilisateur spécifique. Le dispositif de gestion documentaire intègre les procédures de fonctionnement dégradé et le plan de continuité en cas de panne.

Le plan de formation prend en compte les besoins des professionnels (y compris pour les nouveaux arrivants et pour les personnels extérieurs remplaçants ou assurant la garde médicale) et en particulier pour la formation sur le nouveau logiciel dont le déploiement est prévu en janvier 2019.

L'établissement est équipé d'un réseau WIFI et de matériel informatique fixe et mobile. Le plan de maintenance prévoit les travaux, achats nécessaires.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les informations recueillies au différents moments de la prise en charge du patient sont disponibles pour les professionnels des secteurs concernés (admissions, secrétariats médicaux, services de soins).

Les résultats du laboratoire externe sont directement intégrés dans le DPI.

Le classement du dossier au terme du séjour est organisé avant archivage par les deux secrétariats médicaux centralisés : hospitalisation complète et hospitalisation de jour. L'accès aux archives est défini (clés détenues au secrétariat médical et liste des personnes habilitées).

L'organisation de la concertation entre les professionnels est prévue lors des relèves, au cours de réunions régulières de service, au moment des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires.

La réflexion sur le dossier patient est structurée et l'interface avec les équipes est assurée notamment par l'intermédiaire des correspondants du groupe "Gestion des données patient".

L'organisation pour l'accès du patient à son dossier et son information sur ce droit est définie.

Les modalités de communication avec les correspondants externes ou lors du transfert dans un autre établissement sont définies.

L'évaluation de la tenue du dossier patient et des délais de transmission du dossier au demandeur sont organisées et les indicateurs sont recueillis et suivis (IPAQSS, délai de transmission du dossier).

L'information de la CDU sur les délais de transmission des dossiers au patients demandeurs, les indicateurs de tenue du dossier et les événements indésirables associés est prévue.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. En ce qui concerne les dysfonctionnements aléatoires et récurrents qui pour certains présentent un risque important (perte de données de prescription, changement intempestif d'identité), l'établissement a défini une stratégie pour objectiver les problèmes et apporter des solutions (audit du réseau WIFI, analyse des événements indésirables et CREX, conduites à tenir et procédures dégradées, formation).

D'autres objectifs sont identifiés pour l'amélioration du recueil de la personne de confiance et sur la lettre de liaison.

L'encadrement et les correspondants du groupe "Gestion données patient" sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. En particulier les professionnels sont très fortement incités à la déclaration des événements indésirables pour permettre de circonscrire l'origine et la nature des problèmes informatiques survenant au décours de la prise en charge (ruptures réseau, dysfonctionnements logiciel).

Les professionnels sont également mobilisés pour l'amélioration de l'indicateur sur le recueil de la personne de confiance et pour le respect de la procédure de sortie (lettre de liaison).

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Sur la gestion et la tenue du dossier, des audits sont réalisés et les résultats sont analysés et commentés en équipe. En cas de dysfonctionnement, l'analyse est conduite en lien avec les équipes et des CREX sont réalisés si nécessaire.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Concernant les dysfonctionnements du DPI, un audit a été réalisé en 2016 sur le réseau WIFI du fait des pertes de connexion très fréquentes et des actions correctives ont été apportées.

Plus récemment, face à l'augmentation des déclarations de FSEI signalant des dysfonctionnements majeurs du DPI, un plan d'actions a été validé en octobre 2018. Il vise à

- sensibiliser les soignants sur la nécessité des déclarations de FSEI,
- éditer le plan de soins matin, midi et soir,
- éditer les prescriptions le soir et le programme de cueillette sur 24 heures,
- éteindre et rallumer l'ordinateur en cas de message d'erreur (mode opératoire associé).

Dans l'ensemble des services, les professionnels ont fait part de leur connaissance des problèmes informatiques récurrents et de la conduite à tenir en cas de survenue. Des quick audit sont effectués dans chaque service sur le suivi de la tenue du dossier patient et l'amélioration recherchée de certains indicateurs (par exemple, personne de confiance, projet thérapeutique).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les ressources humaines de l'établissement sont adaptées. Les différentes catégories de professionnels concernées sont formées à la gestion du DPI et aux règles de sécurité associées (droits d'accès, plan de continuité).

Les locaux sont sécurisés et fonctionnels. Le matériel disponible est ergonomique. Les archives sont centralisées en sous-sol et les dossiers archivés sont bien tenus.

La documentation sur l'identification du patient et sur le dossier est complète avec en particulier, les procédures encadrant

- les règles de gestion du dossier patient (DPI et dossier papier),

- les règles de tenue du dossier administratif,
- les règles de gestion à la facturation,
- les demandes d'accès au dossier patient.

La documentation est disponible sous format électronique et en version papier (classeur) dans chaque service pour le cas de panne.

Toutefois, l'accessibilité aux ressources informatiques par les professionnels n'est pas toujours sécurisée, ni possible en temps réel. Des pannes aléatoires et fréquentes se traduisent par deux types d'événements indésirables déclarés par les professionnels.

Les plus critiques au regard du risque pour le patient concernent l'insécurité des données du logiciel DPI. Les dysfonctionnements constatés portent sur l'Unité 1 Nord - service de Cardiologie à partir de nombreuses déclarations de FSEI au mois d'octobre 2018 qui concernent des patients et des jours différents avec

- l'apparition et la disparition de traitements,
- l'apparition des seuls traitements en "si besoin",
- l'apparition d'une page blanche puis l'affichage du plan de soins, mais avec le nom d'un autre patient.

Ces problèmes, identifiés comme majeurs par les professionnels, ont fait l'objet depuis d'une action corrective du service informatique (changement du serveur et renfort du bornage WIFI). Lors des échanges au cours de la visite, les professionnels du service (cadre de santé et IDE) ont attesté que ce type d'événements indésirables ne s'est plus reproduit depuis les mesures correctives apportées. Ils continuent à exercer malgré tout une vigilance particulière à ce niveau, dans l'attente du déploiement du futur logiciel.

D'autres pannes concernent l'instabilité du réseau WIFI et/ou du matériel associé au DPI. Elles se traduisent par des interruptions à fréquence variable selon les services et au sein d'un même service selon les zones. La survenue de ces pannes aléatoires est estimée par certains professionnels rencontrés à une douzaine par semaine. Ces pannes surviennent en particulier lors de l'utilisation de l'ordinateur portable durant les tours dans les chambres (au cours de la visite médicale, au moment de la prescription par le médecin ou lors de l'administration des médicaments par l'IDE).

Elles conduisent les professionnels à relancer le logiciel pour poursuivre leur travail et ils indiquent qu'en général cette action est suffisante, parfois après plusieurs relances. Ces perturbations occasionnent une perte de temps et présentent un risque du fait des ruptures de tâches.

Dans certains cas, les professionnels sont contraints de recourir à la procédure dégradée qui consiste à saisir les données sur la version papier la plus récente du dossier qui est systématiquement imprimée au préalable comme le décrit la procédure. La saisie des données dans le DPI est ensuite réalisée en temps différé en salle de soins, ce qui présente un risque d'erreur supplémentaire lors de la nouvelle transcription.

L'incidence de l'inaccessibilité aux ressources informatiques se traduit également sur poste fixe dans certaines zones de l'établissement (constaté en HDJ au rez de chaussée avec l'impossibilité d'utiliser le système de GED).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les professionnels respectent les règles de gestion du dossier patient. Ils sont parfaitement informés par leur encadrement et les correspondants. Ils sont largement concernés et investis dans les campagnes d'évaluation (IPAQSS, patients traceurs, quick-audits ciblés) ce qui a été prouvé lors des rencontres avec les experts visiteurs dans les différents services par la pertinence des commentaires apportés sur les résultats obtenus et les améliorations mises en oeuvre.

Ils expliquent par ailleurs très concrètement les difficultés rencontrées au quotidien dans la gestion du DPI au regard des dysfonctionnements constatés. Le recueil des FSEI a permis d'engager des CREX pour analyser les pannes potentiellement graves (pertes de données, confusion d'identité), ou récurrentes (coupures réseau intempestives). Face à ces dysfonctionnements, les professionnels font preuve d'une grande vigilance dans leur pratique quotidienne et les problèmes rencontrés font systématiquement l'objet de déclarations de FSEI et d'informations et d'échanges réguliers au sein des équipes.

Dans le contexte de pannes, les professionnels adoptent les mesures dégradées nécessaires en fonction de la situation (relance répétée de l'ordinateur, solution dégradée avec passage en version papier en cas de panne durable).

Lors des rencontres des professionnels dans les services et lors des patients traceurs, leur grand professionnalisme a été observé, ainsi que la synergie qui existe au sein des équipes. Ces éléments constituent des garanties en terme de sécurité de la prise en charge, malgré les aléas informatiques décrits en toute transparence.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les agents du bureau des admissions assurent la création du dossier de pré-admission après validation de l'entrée par le médecin et le cadre de santé à partir de la demande issue du logiciel Trajectoire. Lors de l'admission, ils procèdent à l'édition de la fiche administrative et à la remise du livret d'accueil en complétant les informations sur le séjour.

En ce qui concerne l'archivage, les secrétaires médiales assurent la préparation du dossier et la récupération de l'ancien dossier lors d'un nouveau séjour. Au moment de la sortie, elles utilisent une check-list pour vérifier la complétude du dossier et des éléments à remettre au patient. Le classement

des dossiers aux archives centralisées est assuré à partir du numéro de séjour, le dernier dossier regroupant les anciens.

En cas de demande de dossier par un patient, la coordination est assurée entre le secrétariat de direction et les secrétaires médicales, avec l'aval du médecin responsable avant transmission.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les données sont renseignées par les intervenants dans le dossier patient aux différentes étapes de la prise en charge. Toutes les catégories professionnelles concernées (notamment médecins, IDE, ASD, rééducateurs, assistantes sociales, psychologues) renseignent le dossier patient.

Compte tenu des dysfonctionnements qui surviennent de façon aléatoire, selon le cas, les professionnels sont amenés à différer la traçabilité qui ne peut être assurée en temps réel. Dans ce cas, la procédure dégradée est appliquée avec une traçabilité manuscrite sur le dossier préalablement imprimé en secours et la saisie est reprise en temps différé dans le DPI en salle des soins.

Les patients traceurs réalisés au cours de la visite ont démontré que la traçabilité était correctement réalisée dans le dossier patient.

Lors de la sortie d'un dossier des archives centralisées, la traçabilité est réalisée et un repérage couleur identifie l'indexation.

En cas de demande d'un dossier par un patient, le suivi du délai fait l'objet d'une traçabilité à toutes les étapes du traitement sur un tableau de bord renseigné par la secrétariat de direction.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité). Le dispositif d'évaluation de l'établissement sur le dossier et l'identification du patient s'appuie en particulier sur la cartographie des risques, sur le suivi des indicateurs IPAQSS (campagne nationale et recueil intermédiaire), sur les audits de patients traceurs et sur le suivi du délai de transmission lors d'une demande de dossier par un patient.

L'établissement réalise également des quick audits réguliers sur les indicateurs ciblés (notamment, personne de confiance, projet thérapeutique, fiche de liaison) qui démontrent l'amélioration des résultats et font l'objet d'une communication aux équipes.

Les déclarations de FSEI sont analysées. Des CREX sont organisées en associant les professionnels dans le cas d'événements significatifs (récurrents ou graves). Ils donnent lieu à des actions correctives.

Les bilans des différentes formes d'évaluation des pratiques professionnelles sont présentés dans les services et aux instances concernées (notamment, CME, COPIL QGDR, CRU).

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Concernant les dysfonctionnements liés à l'utilisation du DPI, à la suite du recueil et de l'analyse des FSEI et de l'audit sur le WIFI, les actions conduites sur l'aspect matériel avec le changement d'un serveur et sur le réseau WIFI ont permis de corriger les problèmes les plus importants de pertes de données ou changement d'identité sur les traitements prescrits.

Le changement de logiciel planifié le 20 janvier 2019 doit permettre de finaliser la sécurisation du DPI. Par ailleurs, le plan d'investissement 2019 intègre la poursuite de la fiabilisation du réseau WIFI sur l'ensemble des services de l'établissement.

La campagne "d'audit hors protocole dossier patient - parcours patient" réalisée dans tous les services a permis d'objectiver les améliorations apportées sur les indicateurs cibles identifiés dans les plans d'actions (notamment, la traçabilité du recueil de la personne de confiance et du renseignement du projet thérapeutique y compris avec l'accord du patient).

Le plan d'action sur l'uniformisation de la lettre de sortie entre les différents services (y compris pour l'HDJ) a été réalisé.

La communication des résultats et actions est assurée, en interne comme en externe, à partir de supports et modalités de diffusion établis. La communication auprès des professionnels est effectuée lors des réunions régulières (transmissions, réunions de service, réunions pluridisciplinaires hebdomadaires). Elle est relayée par l'encadrement et par les correspondants sur la thématique Gestion des données patient.

La communication des résultats est également réalisée en CDU (suivi des demandes de dossier et du délai de transmission, présentation des FSEI, des CREX et suivi des actions d'amélioration).

L'affichage au public et pour les professionnels est utilisé notamment pour communiquer sur les résultats des indicateurs.





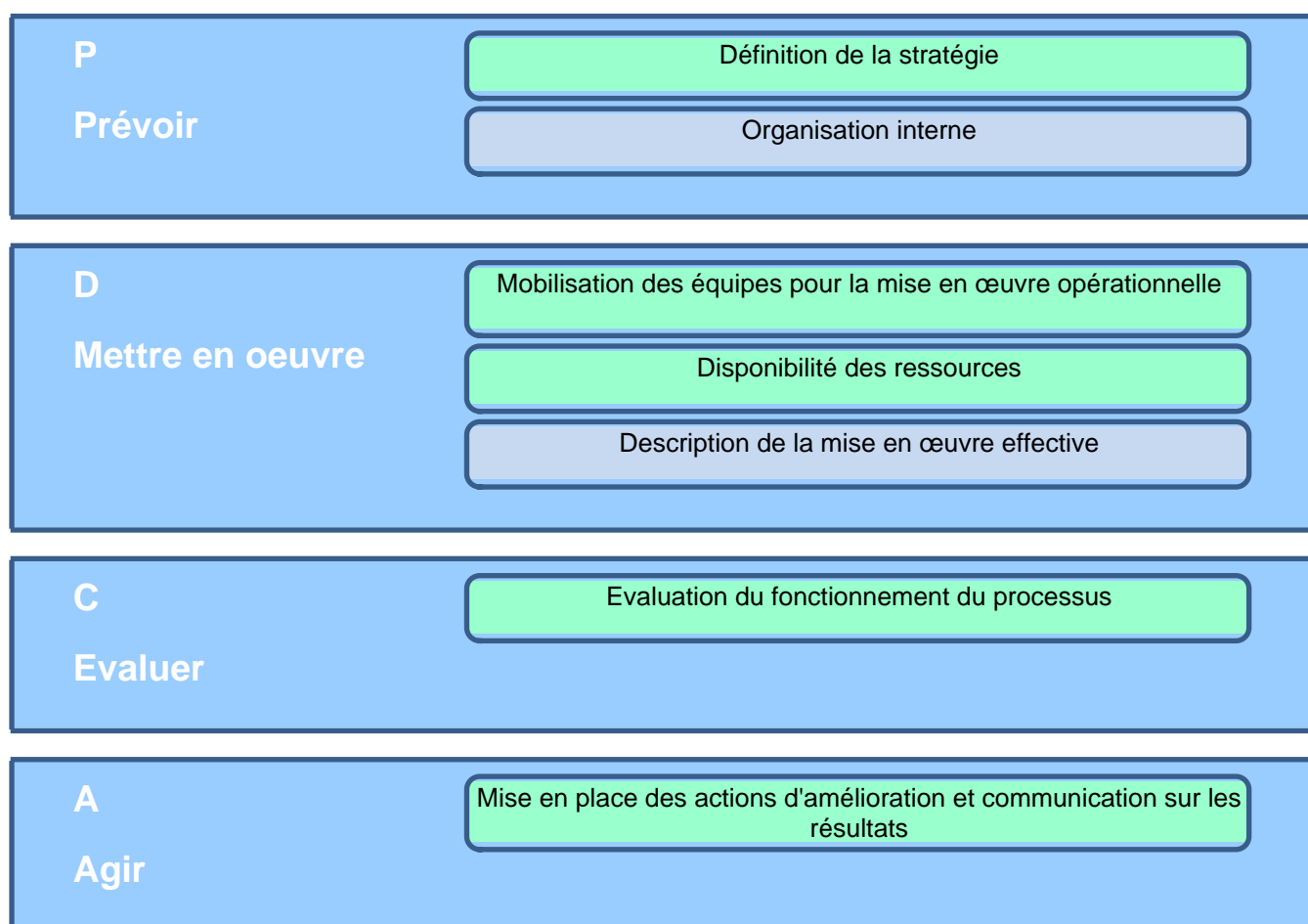
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

La politique sur le circuit du médicament est intégrée au projet médical du SSR Val Rosay, validé en juin 2018, sur le volet "Projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse" qui décline, les enjeux, le contexte, les objectifs et actions à mettre en œuvre. Les dispositions spécifiques pour la personne âgée sont intégrées dans cette politique.

Le compte qualité a été élaboré de façon concertée et pluridisciplinaire en prenant en compte

- les décisions sur la thématique issues de la certification V2010,
- la cartographie des risques établie sur le circuit du médicament à partir de la méthode du CEPPRAL par un groupe constitué des pharmaciens, cadre de santé et de la responsable assurance qualité,
- les déclarations d'événements indésirables et les éléments issus des CREX,
- les résultats des indicateurs et des évaluations de pratiques professionnelles.

A partir des risques prioritaires identifiés, le plan d'actions comporte cinq axes d'amélioration

- la garantie du respect de la réglementation concernant l'approvisionnement en médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI,
- l'amélioration de la gestion des médicaments prescrits en si besoin,
- la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée,
- l'amélioration de la fiabilité du système informatique avec la mise en place du nouveau logiciel du dossier patient,
- la fiabilisation de la prise en charge médicamenteuse à la sortie du patient.

L'informatisation du circuit du médicament est complète à partir du DPI. Conformément au Schéma Directeur du Système d'Information, le logiciel actuel doit être remplacé avec un déploiement prévu le 20 janvier 2019.

L'établissement a signé le Contrat tripartite pour l'Amélioration de la Qualité et l'Effizienz en Santé en décembre 2017 avec l'ARS Rhône Alpes et l'Assurance Maladie.

La stratégie de l'établissement est déclinée dans le PAQSS QGDR 2018-2022. Il intègre les plans d'actions du compte qualité liés au circuit du médicament et les instances (en particulier, CME, COPIL QGDR, COMEDIMS, COMAI) sont largement impliquées dans la stratégie pour l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle s'appuie sur un pilote et des copilotes : deux pharmaciens, un médecin et un cadre de santé. La chef de service de la PUI est pilote et responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse. Les structures qualité gestion des risques internes (COPIL QGDR, Equipe Opérationnelle QGDR), la direction et la CME sont associées dans le pilotage du processus. La responsable assurance qualité apporte un appui méthodologique. Les instances spécialisées (COMEDIMS, COMAI) sont identifiées au niveau du pilotage. Un réseau de correspondants sur le circuit du médicament est constitué avec des IDE volontaires de chaque service.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe une Charte interne du pilote et copilotes de processus, avec une fiche de mission générale, une lettre de mission nominative et une fiche de poste spécifique pour la responsable du management de la prise en charge médicamenteuse. Il existe également une Charte de fonctionnement du réseau des correspondants sur le circuit du médicament.

Le médecin référent en antibiothérapie pour l'établissement est désigné et ses missions sont établies par le COMEDIMS.

La liste des médecins prescripteurs est conservée à la PUI avec les médecins permanents de la structure ou extérieurs pour la garde ou les remplaçants réguliers.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'organisation générale sur la prise en charge médicamenteuse est définie dans le Manuel QGDR dans le chapitre "Améliorer le management de la prise en charge médicamenteuse".

L'organisation détaillée est inscrite dans le Manuel qualité spécifique de la PECM et comporte une dizaine d'axes en lien avec la sécurisation et l'amélioration sur le circuit du médicament (notamment, sécurisation informatique, harmonisation des pratiques, bon usage des antibiotiques, prise en charge spécifique de la personne âgée, promotion du bon usage et utilisation du retour d'expérience, communication avec les professionnels).

La permanence pharmaceutique est définie avec l'organisation interne du système de dotation pour besoins urgents et dans le cadre d'une convention pour un approvisionnement en urgence par la Pharmacie Centrale des Hospices Civils de Lyon en cas de besoin.

La pharmacovigilance et la matériovigilance sont organisées.

La PUI dispose d'un système de reconditionnement des médicaments unitaires par étiquetage pour leur identification jusqu'à l'administration.

Une liste des médicaments à risque est définie sous forme de check-list affichée dans les postes de soins.

Les effectifs de la PUI sont composés de deux pharmaciens et cinq préparateurs.

Le plan de formation prévoit des actions en lien avec le circuit du médicament (notamment, nouveaux prescripteurs, nouveaux arrivants, sécuriser la PECM, règle des 5B, prescription des antibiotiques, risque d'erreur médicamenteuse). Le plan de déploiement du nouveau logiciel DPI s'appuie sur une formation pour l'ensemble des professionnels concernés (médecins, soignants et administratifs).

La gestion documentaire est informatisée et centralisée. Elle intègre les documents qualités (manuels, procédures, guides) et les comptes rendus. Le logiciel DPI comporte un livret thérapeutique.

Les équipements informatiques (postes fixes et portables) sont disponibles dans les différents secteurs.

Les matériels pour le stockage sécurisé des produits (y compris réfrigérés), le transport et la distribution sont adaptés.

Les locaux sont sécurisés, ergonomiques, éclairés et spacieux.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La continuité du traitement est prévue de l'admission à la sortie et en cas de transfert. La prescription médicale est organisée sur le logiciel du DPI et de ce fait accessible aux différents acteurs concernés (médecins, pharmaciens et préparateurs, IDE). L'analyse pharmaceutique a priori est organisée et complète. Les attributions dans la préparation des médicaments sont définies (dispensation nominative par la PUI et préparation des piluliers journaliers par l'équipe de nuit dans le service).

La dispensation est prévue de deux manières en fonction des services. Elle est nominative hebdomadaire pour un service : la Pneumologie. Elle est nominative reglobalisée sur quatorze jours pour les autres services.

Les règles sur la prescription, l'administration et la surveillance du traitement sont définies dans des procédures.

L'information du patient sur son traitement est prévue (Livret d'accueil, Fiches de recommandations et information orale des soignants).

Le transport des médicaments, des dispositifs médicaux et solutés entre la PUI et les services est organisé et sécurisé y compris pour les produits réfrigérés.

L'approvisionnement en complément (changement de traitement ou entrée nouvelle) est prévue deux fois par jour (fin de matinée et d'après-midi).

Les circuits d'approvisionnement en urgence sont définis (dotation dans une armoire spécifique au niveau de chaque unité, dépannage en urgence par convention avec la Pharmacie Centrale des Hospices Civils de Lyon).

La gestion du traitement personnel est organisée (retrait et remise à la famille ou stockage et traçabilité en PUI et restitution à la sortie pour les médicaments poursuivis).

Pour le service d'hospitalisation de jour, l'organisation prévoit que les patients apportent et gèrent directement leur traitement. En cas de besoin urgent ou d'oubli, l'approvisionnement est prévu sur prescription médicale (à partir de la dotation du service ou à la PUI pour les médicaments hors dotation).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ils portent en particulier sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé, la fiabilisation de la prise en charge médicamenteuse à la sortie du patient, l'amélioration de la gestion des médicaments prescrits en "si besoin".

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur le processus, notamment au regard des problèmes liés au manque de fiabilité du système informatique et aux événements indésirables consécutifs. Les pharmaciens, la RAQ s'appuient sur l'encadrement médical et non médical des services pour mobiliser les équipes autour des enjeux propres au circuit du médicament.

Les correspondants IDE sur le circuit du médicament dans chaque service assurent un rôle de relais et participent à la sensibilisation continue des équipes sur les règles de bon usage et les risques d'erreurs médicamenteuses.

Des formations sur le circuit du médicament sont assurées pour les nouveaux prescripteurs et les nouveaux arrivants IDE.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Ils s'appuient sur les résultats des IPAQSS pour lesquels outre les campagnes nationales, des audits intermédiaires sont réalisées en interne.

Les préparateurs en pharmacie assurent un inventaire, un réarrangement et un ré-étiquetage de l'armoire à pharmacie tous les quatorze jours. Les pharmaciens assurent le contrôle annuel des armoires à pharmacie.

Des tests de connaissance sont réalisés (Quiz des sept erreurs, Auto-Test sur la perception de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse à partir d'une quinzaine de questions).  
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Elles sont entreprises en particulier à partir des nombreuses déclarations d'événements indésirables recensées, en particulier à la suite des dysfonctionnements récurrents (pertes de données de prescription sur le DPI, ruptures de réseau WIFI lors de l'administration).  
Des CREX sont effectués en associant les professionnels et l'analyse des causes est suivie de plans d'actions.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles. Les ressources humaines au niveau de la PUI sont constituées de deux pharmaciennes (dont la chef de service RSMQ PECM) pour un ETP et demi et de cinq préparatrices pour un peu plus de quatre ETP. Dans les services les correspondants IDE sur le circuit du médicament ont un rôle d'interface au sein de leur équipe. Les pharmaciennes, les préparatrices et le médecin référent pour l'antibiothérapie sont identifiés en terme d'expertise dans leur domaine de compétence.

Des formations sont assurées annuellement sur la sécurité et l'amélioration du circuit du médicament, notamment une formation très complète traitant des never events, erreurs médicamenteuses, médicaments à risques, gestion du chariot d'urgence, analyses de causes et retour d'expériences. Le dispositif utilisé pour la semaine de la sécurité du patient (chambre des erreurs) comporte un volet sur le circuit du médicament.

La formation des nouveaux arrivants au logiciel DPI (médecins, paramédicaux et administratifs) fait l'objet d'une procédure.

Par ailleurs, en décembre 2018 et début janvier 2019, la préparation du déploiement des futurs logiciels (DPI et admissions) intègre un plan de formation spécifique pour l'ensemble des professionnels concernés.

Les locaux sont sécurisés, ergonomiques et spacieux.

Les équipements et le matériel sont adaptés, tant au niveau de la PUI (armoires réfrigérées, étiqueteuse, caisses avec scellés pour le transport y compris pour les produits réfrigérés), qu'au niveau des unités de soins (armoire à pharmacie, chariot à médicament, réfrigérateur, chariot d'urgence).

L'établissement dispose d'un logiciel du DPI et d'un réseau WIFI. Les salles de soins et la PUI sont équipées de postes fixes informatiques et les médecins et IDE disposent de portables pour la prescription et l'administration en temps réel au lit du patient dans les services.

La gestion documentaire informatisée et papier comprend l'ensemble des guides, procédures et protocoles nécessaires aux différentes étapes de la prise en charge du patient (traitement personnel, prescription, validation pharmaceutique, approvisionnement, administration) et en fonction des spécificités (personne âgée, médicaments à risques, antibiotiques, stupéfiants). Les procédures prennent en compte les spécificités entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour.

La documentation pour l'information du patient sur le médicament est disponible (à partir de fiches de bon usage : notamment pour les aérosols, AVK, anticancéreux oraux, antalgiques).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les professionnels sont très impliqués sur la démarche de sécurisation et d'amélioration du circuit du médicament. A titre d'exemple, ils ont insisté sur certains changements de pratiques avec les précautions prises lors de la distribution des médicaments aux patients autonomes, les médicaments n'étant jamais laissés dans la chambre lorsque le patient n'est pas présent. Dans ce cas, une pancarte laissée par l'IDE invite celui-ci à venir en salle de soins récupérer son traitement.

En lien avec l'encadrement du service et les pilotes du processus, dans le cadre de leur réseau, les correspondants assurent leur rôle de référents et de relais pour la transmission des informations et la sensibilisation au sein de l'équipe.

Les professionnels sont très sensibilisés sur la nécessité de la déclaration des FSEI. Ils participent à l'analyse des dysfonctionnements et à la mise en œuvre des actions correctives. Cet élément a pu être évoqué en particulier avec les experts visiteurs dans le contexte actuel de l'instabilité et des pannes récurrentes sur le réseau WIFI dans l'ensemble des services. Les procédures dégradées sont connues et utilisées en cas de panne durable. Les IDE impriment le plan de soins pour assurer si besoin la traçabilité en temps réel de façon manuscrite avant de reporter les informations dans le DPI en salle de soins après le tour de distribution.

Les professionnels informent le patient sur le bon usage des médicaments (oralement et à l'aide de supports spécifiques).

La gestion des permissions est assurée sur la base de la procédure globale de gestion du traitement personnel du patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'analyse pharmaceutique a priori est réalisée de façon complète par les pharmaciens et les échanges avec les médecins des services sont réguliers. La dispensation est assurée par la PUI en délivrance nominative hebdomadaire pour la Pneumologie et nominative re-globalisée pour les autres services.

Au sein des services, les IDE des équipes de nuit effectuent la préparation des piluliers ce qui permet une double vérification. Le transport est assuré, par les préparatrices pour les approvisionnements réguliers des armoires (hebdomadaire ou à quatorze jours selon les services) et par les IDE pour la complémentarité quotidienne. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée à toutes les étapes du circuit du médicament dans le logiciel DPI. Dans la plupart des cas la traçabilité de la prescription et de l'administration sont réalisées en temps réel par les professionnels.

Toutefois, dans certains cas, la traçabilité de la prescription ou de l'administration ne peut être réalisée en temps réel. Le manque de fiabilité du logiciel DPI (dont la maintenance ne sera plus assurée après fin 2018) et l'indisponibilité ponctuelle du réseau WIFI par des interruptions aléatoires perturbent la saisie en temps réel de l'administration des médicaments par les IDE ou de la prescription par le médecin.

Dans la plupart des situations, la relance du logiciel est suffisante pour rétablir le fonctionnement, mais dans certains cas, le recours à la procédure dégradée est nécessaire, ce qui implique la saisie en temps différé des informations de traçabilité en salle de soins et présente un risque d'erreur.

Ces dysfonctionnements surviennent sur l'ensemble des services de l'établissement et génèrent des ruptures de tâches pénalisantes pour les professionnels. Elles occasionnent également une perte de temps. L'établissement a mis en place des actions correctives pour contrecarrer ces dysfonctionnements (changement de serveur, renforcement du réseau WIFI) et le déploiement du nouveau logiciel est planifié pour la fin du mois de janvier 2019. Les résultats des audits IPAQSS (campagne nationale et intermédiaire) et les patients traceurs réalisés lors de la visite confirment la réalité de la traçabilité des informations dans le dossier.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité). Le dispositif d'évaluation sur le circuit du médicament est planifié annuellement en COMEDIMS. Il est articulé autour des audits programmés à fréquence régulière, en particulier Interdiag tous les deux ans.

Il est complété par

- les visites annuelles des armoires à pharmacie des unités de soins par les pharmaciens,
- l'évaluation des pratiques professionnelles sur les stupéfiants,
- l'évaluation sur les bonnes pratiques pour l'écrasement des comprimés et la préparation des injectables,
- la réévaluation de l'antibiothérapie,
- l'audit de la pertinence de la prescription chez la personne âgée.

L'évaluation du circuit du médicament fait aussi l'objet d'un des thèmes dans le cadre de la semaine sur la sécurité du patient.

Le bilan annuel du COMEDIMS prend en compte les aspects économiques sur les dépenses pharmaceutiques (en particulier, molécules onéreuses, consommations d'antibiotiques, dispositifs médicaux).

A cette base s'ajoutent les évaluations ponctuelles

- Quiz des 7 erreurs,
- Auto-test de la perception de la sécurisation liée à la prise en charge médicamenteuse,
- audits individuels assurés par le correspondant du service sur le circuit du médicament, par exemple sur la préparation d'une perfusion.

Un ensemble d'indicateurs propres au circuit du médicament fait l'objet d'un suivi par les pharmaciens et d'une communication au niveau institutionnel.

L'exploitation des FSEI et les CREX réalisés sur le circuit du médicament constitue un élément important du dispositif d'évaluation de l'établissement.

Les résultats des audits sont présentés dans chaque service. Pour Interdiag, la comparaison entre les données issues de l'audit 2016 et celles de 2018 montre une amélioration importante des résultats des indicateurs.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'établissement a réalisé une certification à blanc préalable à la visite et les résultats ont été présentés par les pilotes et les correspondants sur le circuit du médicament. Des actions d'amélioration ont été identifiées et concernaient la sécurisation des locaux, l'amélioration de la communication aux équipes, la réalisation d'un audit sur l'administration, la formation des IDE, la check-

list sur les connaissances du nouvel arrivant. Ces actions ont été réalisées en amont de la visite de certification. Les plans d'actions du compte qualité ont été réalisés en grande partie. Les actions non finalisées, notamment le déploiement du DPI, seront poursuivies dans le plan de l'année suivante au sein du PAQSS.

Le changement du logiciel DPI constitue un axe majeur pour la sécurisation du circuit du médicament. Les pilotes ont exprimé leur attente lors des rencontres avec les experts visiteurs, car après stabilisation de son déploiement, la poursuite de la dispensation nominative hebdomadaire dans les services encore majoritairement en dispensation reglobalisée pourra être engagée.

D'une manière générale, les pilotes, l'encadrement et les correspondants IDE sur le circuit du médicament assurent la communication des résultats et des actions réalisées, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers à partir des supports et modalités de diffusion établis.