



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CMPR DE BAGNOLES DE
L'ORNE**

17 avenue du dr j. aimez
61140 Bagnoles De L'Orne
MAI 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29
ANNEXE	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	
Adresse	17 avenue du dr j. aimez 61140 Bagnoles De L'Orne
Département / région	ORNE / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	610787285	ASSOCIATION PIERRE NOAL	17 avenue du docteur jacques aimez Bp 12 61140 BAGNOLES DE L ORNE
Etablissement de santé	610784423	CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	17 avenue du dr j. aimez 61140 Bagnoles De L'Orne

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	80	12

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	SSR en hospitalisation complète	Affections de l'appareil locomoteur	Programmé		SSR
2	Adulte ou personne âgée	SSR en hospitalisation complète	Affections du système nerveux	Programmé		SSR
3	Adulte ou personne âgée	SSR en HDJ	Affections de l'appareil cardiovasculaire	Programmé		SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

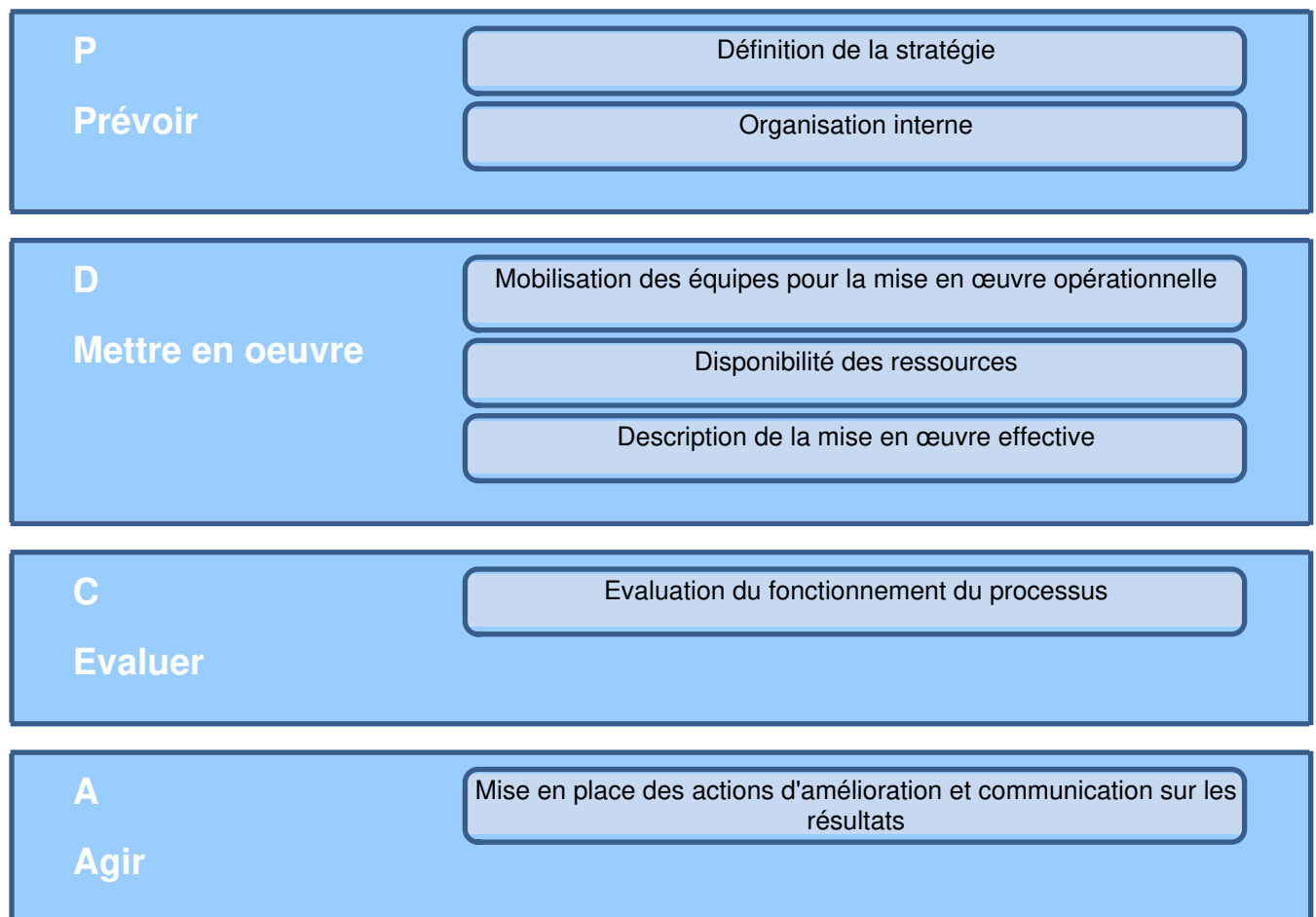
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est engagé dans la politique qualité-certification depuis 2002. La certification V2010 a été sans réserve ni recommandation.

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisée dans le projet 2012-2015 qui a été présenté en instances (CA, CME, COPIL, CRU). Les événements indésirables, les risques a priori, les éventuels événements graves ou récurrents, la veille réglementaire, les plaintes et réclamations ainsi que les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont pris en compte. Une autoévaluation sur l'ensemble du référentiel V2010 a aussi été réalisée. L'ensemble a servi à l'élaboration de la cartographie des risques dont découle le PAQSS. Cartographie et PAQSS sont organisés chacun en deux volets, la gestion globale des risques dont les risques liés aux soins et les risques liés aux conditions de travail et à la sécurité du personnel. Les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) sont intégrés.

Les risques sont hiérarchisés dans la cartographie selon la méthode de la HAS (fréquence, gravité, maîtrise).

Les actions sont classées par thème ou vigilance dans la programme d'action. Le pilote est désigné, la date prévisionnelle de réalisation et l'état de réalisation sont indiqués.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comporte une annexe qualité et sécurité des soins.

L'établissement utilise le compte qualité dans lequel il a inscrit les risques et actions considérés comme prioritaires.

La politique des EPP est formalisée et a été présentée dans les instances ci-dessus. Les EPP sont médicales, paramédicales ou le plus souvent mixtes.

La politique qualité et la stratégie de développement des pratiques professionnelles (EPP) sont validées par les instances concernées et communiquées par affichage, dans la gazette de l'établissement et prochainement le nouveau site internet de l'établissement

ORGANISATION INTERNE

Le comité de pilotage coordonne l'ensemble de la démarche qualité et sécurité des soins ainsi que les risques liés aux conditions de travail et à la sécurité. Il s'appuie sur quatre groupes de travail : groupes thématiques (management et ressources humaines, dossier patient et système d'informations, prise en charge et fonctions hôtelières et logistiques), groupe de réflexion éthique, comité vigilance (instances et vigilances) et risques et cellule de gestion des évaluations des pratiques professionnelles. Tous ces groupes sont transversaux et pluridisciplinaires. Ils communiquent entre eux ce qui concourt à sensibiliser et impliquer les professionnels.

La procédure de déclaration des événements indésirables est valorisée par l'établissement et précise l'absence de sanctions négatives.

Les missions qualité et gestion des risques (QGDR) des professionnels sont précisées et formalisées tous les deux ans lors des entretiens d'appréciation.

Le plan blanc est actualisé chaque année et des mises en situation sont organisées.

Tous les deux mois, la CME en présence de la directrice et du directeur qualité fait le point sur les EPP.

La directrice, le président de CME le directeur qualité (coordonnateur des risques) et la référente qualité (responsable des soins en hospitalisation) sont régulièrement invités en CME ce qui renforce la sensibilisation médicale. Ils sont des moteurs de la démarche et de la coordination des différentes composantes du système qualité. Les deux derniers ont chacun un mi-temps dédié à cette activité depuis 2011.

La formation QGDR auprès des professionnels est principalement assurée en interne par le directeur qualité et la référente qualité (eux-mêmes régulièrement formés). Ils prennent aussi en compte l'ensemble des besoins en formation et les intègrent au plan de formation.

La totalité de la gestion documentaire est accessible dans le logiciel intranet. Le directeur qualité dispose de l'ensemble de cette documentation sous forme papier en cas de dysfonctionnement de la base informatisée. Les documents considérés comme les plus importants sont de plus rangés dans des classeurs par unité de prise en charge.

Les patients disposent des informations relatives à la qualité dans le livret d'accueil ou par voir d'affichage.

La direction, le service qualité et les vigilants sont responsables de leurs veilles réglementaires et sanitaires.

L'établissement a mis en place un système d'alerte automatisé, il utilise entre autres les informations de la FEHAP et des agences sanitaires.

La CRU est organisée et dispose d'un règlement intérieur conforme à la réglementation dont la réalisation d'un bilan annuel. Le règlement indique qu'elle est informée de l'ensemble de l'ensemble des événements la concernant.

L'établissement dispose d'une convention avec le réseau qualité de Basse Normandie avec lequel il collabore. Il est régulièrement présent au congrès de l'AIRR.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels rencontrés connaissent la politique et les objectifs relatifs à la qualité-gestion des risques et sont pour la plupart impliqués dans des EPP, groupes de travail ou vigilances. Ils déclarent les événements indésirables. L'encadrement de tous les secteurs (hospitalisation, plateau technique, accueil, services logistique et technique), moteur dans cette démarche favorise cette attitude en hospitalisation et sur le plateau technique. Il communique sur les résultats et les actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines quantitatives et qualitatives dont la formation sont considérées comme adaptées par les professionnels de tous niveaux et tous secteurs.

Les ressources documentaires sont fonctionnelles, actualisées et utilisées principalement sous forme électronique. La formation prévue au plan est mise en œuvre. Les professionnels sont formés principalement par le directeur qualité et la référente qualité conformément à l'organisation définie. Les professionnels en place participent à la formation terrain des nouveaux arrivants (utilisation de la base documentaire ou des fiches d'événements indésirables par exemple). Plusieurs professionnels ont été formés à l'analyse des causes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés connaissent la politique qualité de l'établissement, les résultats des évaluations et actions d'amélioration concernant leur pratique professionnelle ainsi que les risques liés à leur secteur et leur activité. Ils participent à la déclaration des EI, aux groupes de travail et instances.

La mise en œuvre des EPP est effective. La plupart des médecins participent à la démarche qualité au travers des EPP et des vigilances.

Les déclarations des événements indésirables sont prises en compte dans les 24 heures par le directeur qualité. La référente qualité, les personnes concernées et la directrice sont informées. Cette dernière gère selon la procédure établie les plaintes et réclamations qui sont intégrées au dispositif de gestion des événements indésirables.

Un exercice de simulation est réalisé presque tous les ans dans le cadre du plan blanc.

La représentation des usagers est effective en CRU, auquel elles ont été invitées. Les usagers se considèrent comme bien intégrés et pouvant exercer pleinement leur mandat.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité du processus est évaluée en prenant en compte les résultats de la dernière visite de certification, l'évolution des indicateurs dont les IQSS, le suivi du CPOM, les événements indésirables, les questionnaires de satisfactions, les plaintes et réclamations. D'autres indicateurs issus des vigilances sont intégrés.

Lors des COPIL, plusieurs fois par an, la réévaluation de la cartographie des risques conduit à la réactualisation du PAQSS simultanément à celle de chacune des actions d'amélioration.

La CME évalue le suivi des différentes EPP environ tous les deux mois environ.

L'ensemble des audits est planifié, la plupart d'entre eux sont reconduits chaque année ou tous les deux ans lorsque les résultats sont satisfaisants.

A / AGIR

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

En fonction des évolutions comme celles issues de la réglementation ou des sociétés savantes, l'établissement peut être amené à réajuster sa politique qualité gestion des risques.

Il a amélioré la participation des usagers en les intégrant à plusieurs commissions dont COPIL, COVIRIS, CLIN, et CLUD.

Le PAQSS et ses actions sont réajustés en tenant compte des résultats des diverses évaluations.

La commission EPP réajuste son programme en fonction des résultats obtenus et met éventuellement en œuvre de nouvelles actions.

L'ensemble des instances dont la CRU et la délégation unique du personnel est informé de la cartographie des risques, du PAQSS, des résultats des évaluations et des actions conduites.

L'ensemble des résultats obtenus dont les indicateurs nationaux et les enquêtes de satisfaction est

disponible dans la base qualité et/ou affiché en fonction du public visé dont les usagers

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

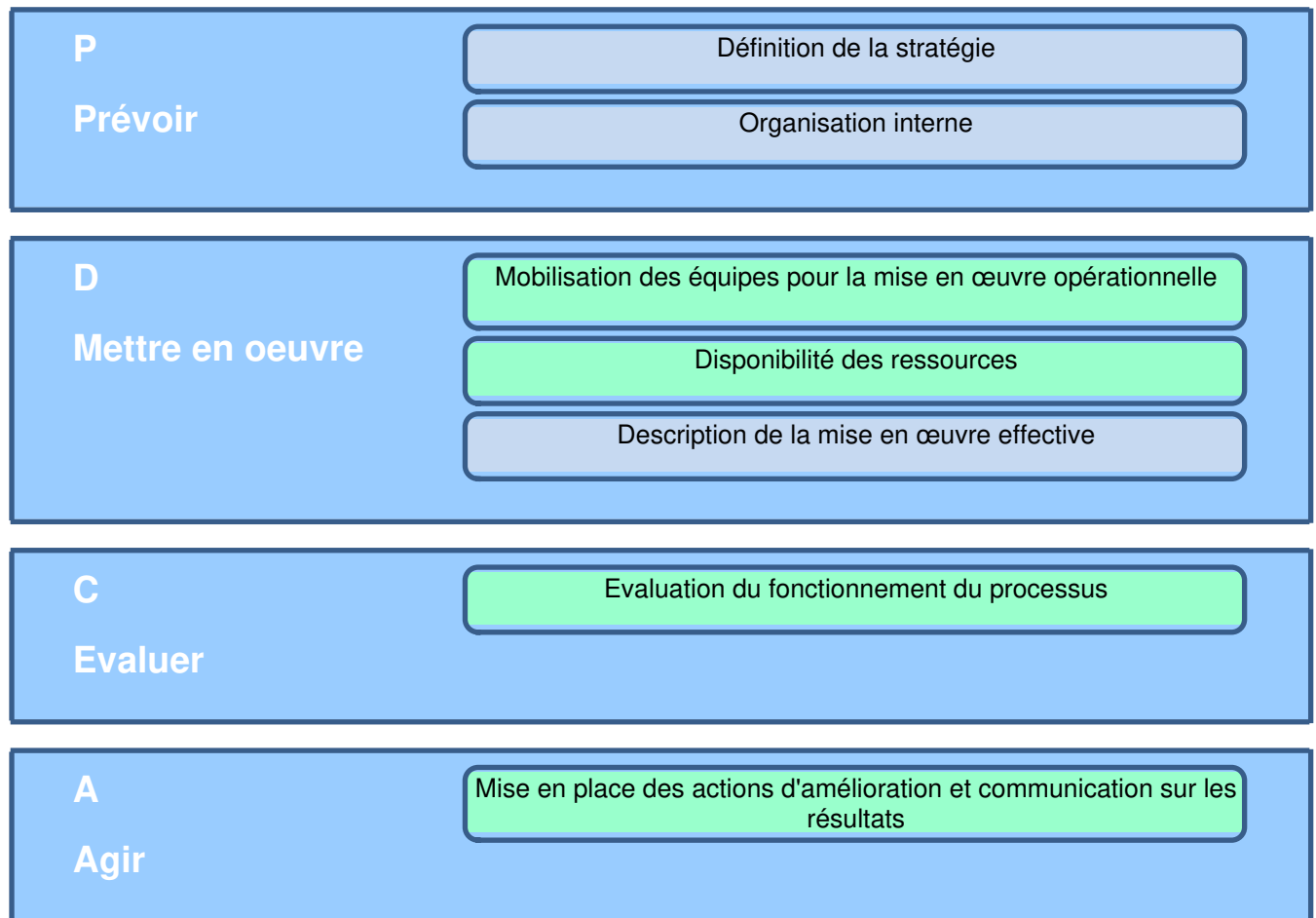
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les documents affichés dans l'établissement comme la charte du patient hospitalisé ou mentionné dans le livret d'accueil. Il est aussi mentionné dans le projet d'établissement précédent (2007-2012), un nouveau projet est en cours de formalisation. Le respect des droits est inclus dans la cartographie des risques et le PAQSS dans la partie prise en charge.

Pour identifier ses risques, l'établissement a utilisé une cartographie des risques à partir de la réglementation, des événements indésirables dont les graves (pas d'événements indésirables récurrents recensés), plaintes et réclamations, risques a priori, questionnaires de satisfaction. Il les a hiérarchisé selon la méthode de l'HAS (fréquence, gravité, maîtrise).

Le programme d'action "droits du patient" a été élaboré sur cette base dans la partie prise en charge puis intégré au programme d'action risques associés aux soins. Les actions mentionnent un responsable et des délais. Le COPIL, la CRU, le comité d'éthique depuis 2011, la CME, la directrice et le directeur adjoint ainsi que la référente qualité ont participé à l'élaboration du programme.

Le programme a été présenté à l'ensemble des commissions et instances dont la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRU) qui est étroitement associée à cette démarche.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités dans ce domaine sont définis de manière globale dans les fiches de poste et le règlement intérieur. La directrice supervise cette thématique.

Le comité d'éthique créé en 2011 est transversal et pluridisciplinaire. Il se réunit au moins trois fois par an.

La CRU, le comité d'éthique, la CME, l'encadrement et le service qualité participent à l'organisation de la mise en œuvre de la politique.

La formation des professionnels est organisée principalement autour du Réseau Qualité Bas-Normand et des congrès de l'AIIR.

L'ensemble des documents à destination des patients et des professionnels dont le signalement de maltraitance, la désignation de la personne de confiance, l'information en cas de dommage lié aux soins ou la démarche bénéfico-risk, les comptes rendus de la CRU et du comité éthique sont accessibles dans la base documentaire.

Les chartes du patient, les documents relatifs à la CRU, à l'accès au dossier sont affichés et insérés dans le livret d'accueil.

La CRU et le comité d'éthique sont dotés d'un règlement intérieur.

L'établissement s'organise pour répondre à la réglementation relative aux locaux et matériels concernant les droits des patients. Il a obtenu sa labellisation SOCOTEC pour l'accessibilité fin 2015. Les chambres à deux lits sont utilisées le moins possible. Le plateau technique dispose de boxes individuels lorsqu'il est nécessaire de garantir l'intimité du patient.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRUQPC est organisée autour du site internet, du livret d'accueil, de l'affichage et de la communication avec les professionnels.

L'établissement a rédigé et mis à disposition des professionnels une procédure relative à l'ensemble des droits du patient incluant l'ensemble des thématiques relatives à cet aspect comme l'information, la prise en charge de la douleur, la prévention de la maltraitance, laquelle précise les modalités de signalement et la conduite à tenir.

Le recueil du consentement éclairé du patient est organisé .

Les situations de refus de soins ne concernent que des aspects secondaires de la prise en charge comme le refus de se rendre ponctuellement sur le plateau technique. Elles sont traitées au cas par cas par les professionnels. Une procédure et un document sont mis à disposition des professionnels concernés.

Les locaux contenant des informations "papier" sont sécurisés (digicode ou serrure pour les archives). L'accès aux données informatiques répond au profil du professionnel qui possède un identifiant et un mot de passe personnel.

Les projets de prise en charge sont individualisés et élaborés en concertation avec le patient et son entourage. Les restrictions de liberté concernent des actions ponctuelles comme la pose d'un bracelet de contention pour éviter que le cathéter de voie veineuse périphérique ne se coude ou s'arrache. La procédure répond aux conditions de bonne pratique avec une révision de la prescription au moins hebdomadaire.

L'organisation de l'information donnée au patient en cas de dommage lié aux soins est formalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement de l'établissement vérifie le respect des bonnes pratiques et informe les professionnels des plaintes, réclamations et événements indésirables. Il les associe lorsque nécessaire et entretient leur sensibilisation. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration des droits des patients. Les professionnels rencontrés en cours de visite connaissent les enjeux en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis dans leurs services et les mesures pour les atteindre. Des temps collectifs permettent d'échanger sur les résultats et en cas de besoin (réunions de service, synthèses, staffs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels utilisent préférentiellement la base documentaire informatisée. Le plan de formation est mis en œuvre pour les actions relatives aux droits des patients et la bientraitance. Les travaux et achats de matériel correspondent aux actions programmées. Les professionnels s'organisent pour réaliser les adaptations personnalisées nécessaires comme pour l'essayage des prothèses sur le plateau technique, ils disposent si besoin de boxes pour prise en charge individuelle. Les usagers disposent des ressources adaptées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de soins et des services administratifs se sont montrés attentifs au respect des droits des patients et capables de s'adapter à des situations particulières (tabagisme, horaires de visites). L'accueil du patient est organisé au décours des différentes étapes (admission, hospitalisation, rééducation) par les équipes concernées. Le patient et son entourage sont associés au projet de prise en charge individualisé ce qui inclut la prise en compte de la démarche bénéfice risque, le consentement éclairé et éventuellement les directives anticipées (situation rare dans ce type d'établissement). Les protocoles relatifs à ces aspects sont utilisés. Les modalités de signalement de maltraitance sont diffusées et connues. La participation et l'expression des patients et de leur entourage sont encouragées aussi bien par les médecins que les professionnels paramédicaux ou administratifs à chacune des étapes de la prise en charge (projet de soins personnalisé), depuis les consultations à l'extérieur lorsque c'est le cas (avec la prise en compte de la démarche bénéfice risque) jusqu'à la sortie. Dans les situations qui le nécessitent l'entourage bénéficie d'un accueil personnalisé et si besoin d'un soutien. Par ailleurs, en cas de difficulté de respect des horaires de visite, l'établissement met en place des actions adaptées. Les pratiques relatives aux droits des patients sont conformes aux procédures, elles permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, le respect des libertés individuelles. Les mesures de contention font l'objet d'une concertation de l'équipe et d'une prescription médicale revue au moins une fois par semaine. La CRU est associée à l'ensemble des aspects relatifs aux droits des patients. Elle exerce ses fonctions conformément à son règlement intérieur et se réunit quatre fois par an. Elle est informée des plaintes et réclamations et des délais d'accès des patients à leur dossier. Elle rédige un rapport annuel d'activité. Le comité d'éthique se réunit 2 ou 3 fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les questionnaires de satisfaction, le recueil des plaintes et réclamations, les événements indésirables ainsi que le suivi du PAQSS permettent l'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage. L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation sur certaines thématiques relatives aux droits des patients. L'évaluation des droits des patients ne prend pas en compte toutes ses composantes (prévention de la maltraitance, information en cas de dommage lié aux soins). Une enquête de pratique sur les droits du patient a été réalisée en 2014 et 2015 auprès des professionnels. La réflexion bénéfice/ risque est évaluée via l'EPP "Mise en place d'un support d'éducation et de suivi AVK", et via le programme ETP "Education thérapeutique du patient diabétique". Le taux de dossiers médicaux envoyés et respectant le délai légal de transmission est évalué chaque année. Le taux est supérieur à 80%. La CRU réalise un rapport annuel intégrant ces résultats.

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

Les résultats des évaluations permettent d'ajuster le PAQSS, d'adapter, supprimer ou mettre en place les actions d'amélioration comme la réorganisation de la zone d'accueil prévue début 2016.

Les résultats des évaluations et des actions d'améliorations sont communiqués aux instances et aux professionnels concernés en utilisant différents vecteurs de communication : affichage, réunion, journaux internes, base documentaire.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation sur certaines thématiques relatives aux droits des patients. L'évaluation des droits des patients ne prend pas en compte toutes ses composantes (prévention de la maltraitance, information en cas de dommage lié aux soins).	11c

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

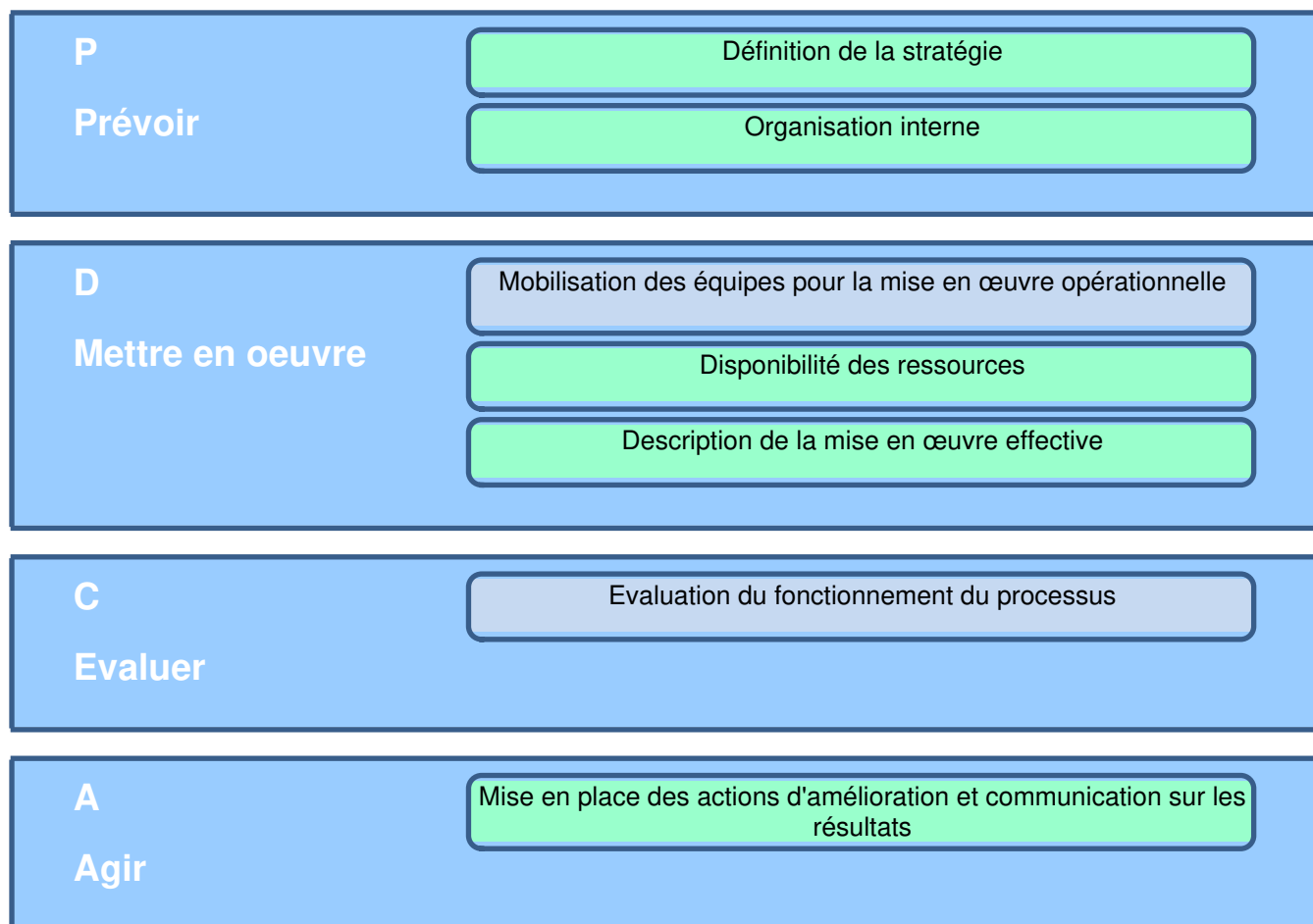
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CMPR de Bagnoles de l'Orne accueille principalement des patients d'orthopédie (genoux, épaule, rachis douloureux,...) et neurologiques (accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson,...) ainsi que des patients en réadaptation cardiaque en Hôpital de jour. Cinq ou six patients de 16 à 18 ans sont pris en charge chaque année. Il dispose des autorisations nécessaires.

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs avec l'ARS, élaborés sur la base d'une identification des besoins sanitaires de la population de Basse-Normandie. Le dernier projet d'établissement vaut pour la période 2007-2012, il est en cours de réactualisation, y compris pour le projet médical.

Pour définir ses risques, l'établissement a pris en compte la cartographie pré existante, les événements indésirables, les questionnaires de satisfactions, les plaintes et réclamations, les indicateurs IQSS. Il a identifié et hiérarchisé ses risques en utilisant la méthodologie de l'HAS (fréquence, gravité, maîtrise).

Un programme d'actions qualité et gestion des risques (PAQSS) a été élaboré sur cette base. Le PAQSS est articulé avec le compte qualité.

L'ensemble a été présenté en COPIL, COVIRIS, CA, CRU, délégation unique du personnel, comité qualité gestion des risques et en commission médicale d'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels. La direction et la CME managent la prise en charge des patients selon leurs pathologies.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (les effectifs sont en adéquation avec l'activité tant dans les services de soins que sur le plateau technique). Le plan de formation est priorisé en fonction des missions de l'établissement.

Les locaux de soins et les plateaux techniques sont adaptés à la rééducation fonctionnelle orthopédique, neurologique et cardiaque en hôpital de jour et en hospitalisation complète. Les équipements sont également adaptés à l'activité de l'établissement en particulier l'espace de balnéothérapie.

L'ensemble des protocoles et procédures sont accessibles sur la messagerie interne. De nombreux documents sont à disposition des patients (livret d'accueil, informations sur les traitements à risque, la prévention des complications en rééducation...). Un journal interne est régulièrement publié et des affichages organisés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement grâce au dossier informatisé pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des soins et du plateau technique ainsi que les praticiens se sont montrés mobilisés autour de la prise en charge des patients et de la mobilisation des équipes.

Les médecins et l'encadrement soignant s'assurent de la conformité des pratiques en regard des procédures et protocoles.

L'association des professionnels aux évaluations des pratiques professionnelles, à l'analyse et à la réponse aux fiches d'événements indésirables, favorise la dynamique autour du parcours patient.

Les professionnels sont associés et sensibilisés dans ces projets. Ils sont informés des résultats obtenus dont les IQSS qui sont disponibles dans l'intranet et affichés dans la plupart des services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents d'information, la désignation de la personne de confiance sont disponibles et remis aux patients lors de leur arrivée.

Le dossier patient est accessible en temps utile sous forme papier ou électronique.

La base documentaire informatisée permet l'accès à l'ensemble des informations utiles pour les professionnels. Les documents pouvant demander un accès immédiat comme la procédure d'urgence vitale ou la liste d'astreinte sont affichés dans les postes de soin.

Les professionnels ont accès aux formations programmées qui comprennent en plus de celles citées plus haut la formation à la sécurité incendie et aux gestes d'urgences (AFGSU 1 et 2), à l'accueil et l'écoute du patient. Les médecins participent à des formations et congrès.

Le matériel et les locaux dont les plateaux techniques et la balnéothérapie répondent aux besoins des différents types de prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Le recours aux spécialistes est opérationnel. Il fait appel aux spécialistes présents dans l'établissement (cardiologue par exemple), à celui du patient ou bien à un spécialiste connu du praticien en charge du patient.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale qui permet la mise en œuvre du projet de soins personnalisé lequel est réajusté régulièrement et en cas de besoin, notamment lors des réunions de synthèses, des staffs, des transmissions et des échanges entre les professionnels médicaux et non médicaux. La transmission infirmière permet de suivre et tracer les événements significatifs du parcours du patient sur les plans paramédical et médical. Les professionnels de rééducation utilisent le dossier patient informatisé comme un outil de coordination.

Les interfaces entre les secteurs (hospitalisation, plateau technique) ainsi que le système de gardes et astreintes sont opérationnels.

Les échanges se font par téléphone et par courrier avec les correspondants extérieurs. En cas de nécessité, les patients sont envoyés en consultation auprès de spécialistes. Certains chirurgiens orthopédistes, un neurochirurgien (CHU de Caen) se déplacent dans l'établissement à périodicité définie.

Le patient reçoit une information adaptée à chacune des étapes de son parcours. Le délai d'hospitalisation est estimé dès que possible. En cas de modification, le patient et son entourage sont informés.

Les chariots d'urgence sont opérationnels et contrôlés mensuellement par les infirmières. Le contrôle est tracé.

Le risque suicidaire est évalué dès l'entrée.

L'établissement a deux programmes d'éducation thérapeutiques validés par l'ARS (diabète et réadaptation cardiaque). Il est en lien avec l'ERET (Espace Régional d'Éducation thérapeutique).

La sortie est organisée en concertation avec le patient et son entourage et si besoin avec les professionnels d'aval. Une visite à domicile est organisée en cas de besoin en présence du patient, de son entourage de l'assistante sociale et d'une ergothérapeute.

Le traitement, les ordonnances et autres documents utiles sont remis au patient à sa sortie.

Ce que confirment les indicateurs IPAQSS et les patients traceurs vus lors de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du parcours patient sont assurés régulièrement par le directeur qualité et la référente qualité. L'évolution du nombre de décisions des visites de certification est considérée par l'établissement comme un très bon indicateur général de l'évaluation du processus, globalement et par thème. Le PAQSS, à disposition des équipes, permet aux professionnels de participer à l'évaluation du fonctionnement du processus et des actions entreprises.

Les IQSS relatifs au parcours du patient, l'évolution des résultats du questionnaire de satisfaction patient permettent d'évaluer entre autres le dispositif d'accueil, la qualité de l'information perçue par le patient, la qualité du système de prise en charge. Les fiches d'événements indésirables constituent aussi un outil d'évaluation de la qualité, de la continuité et de la coordination de la prise en charge.

Les résultats des IQSS sont en progression et dépassent les seuils attendus.

L'ensemble des étapes de l'hospitalisation et des secteurs de prise en charge font l'objet d'évaluation généralement annuelles.

Des EPP sont menées par les équipes pluridisciplinaires en particulier sur l'état nutritionnel et la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées.

A / AGIR

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

L'exploitation des résultats des évaluations sur le thème du parcours patient permet l'identification d'actions correctives, elles alimentent le PAQSS et font l'objet d'un plan de suivi avec un référent, une échéance.

L'articulation PAQSS et le compte qualité est effective. Lorsque les actions d'amélioration prévues au PAQSS ne sont pas mises en œuvre dans les délais prévus ceux-ci sont réajustés.

Les résultats des IQSS et autres indicateurs sont transmis aux professionnels et aux représentants des usagers et affichés conformément à la réglementation.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

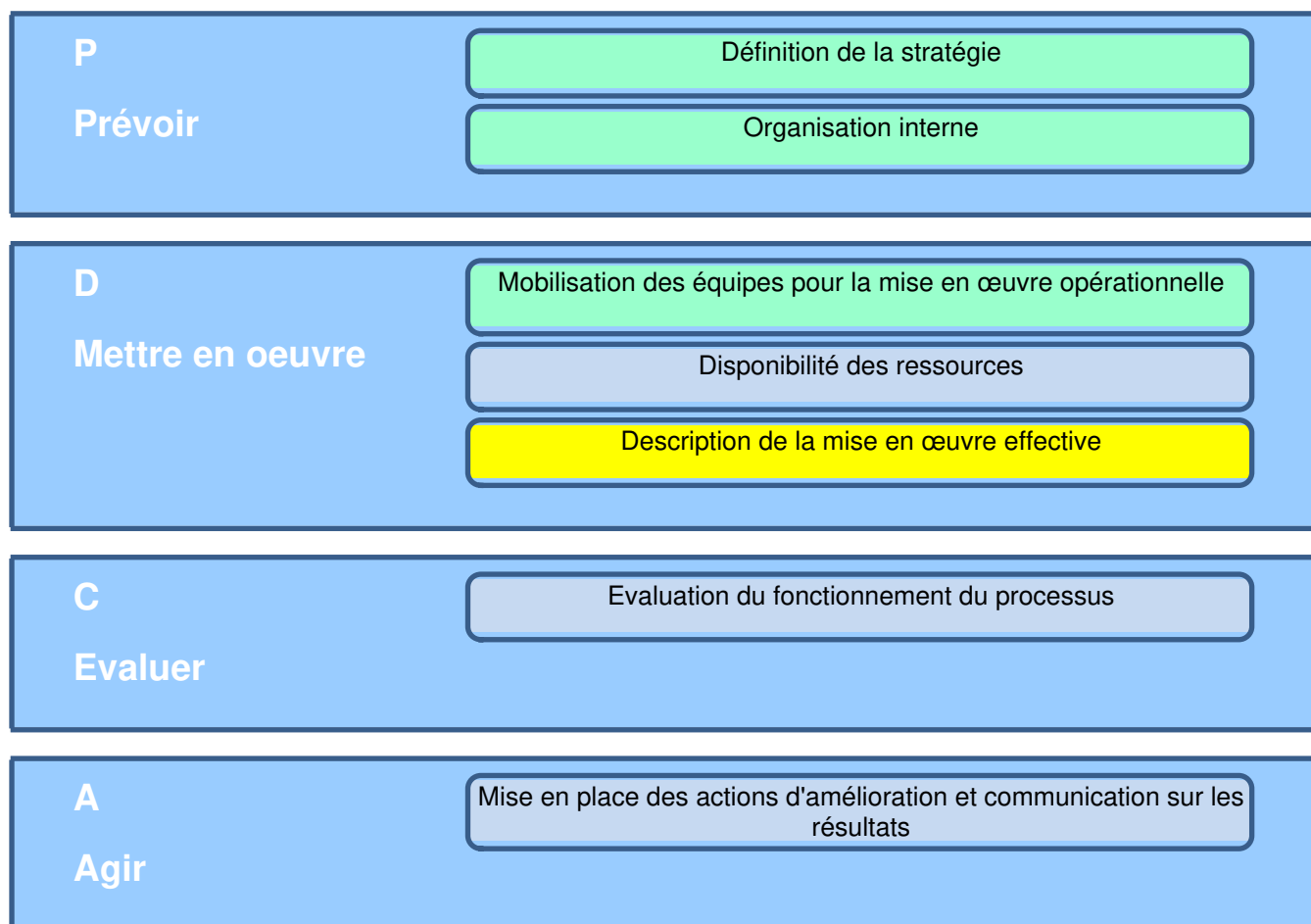
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe une stratégie du dossier patient élaborée sur la base du contexte et des missions d'un centre de rééducation fonctionnelle et sur une analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie élaborée par le groupe thématique du dossier a été validée par les instances et déclinée dans un programme d'actions pluriannuel formalisé et priorisé.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont formalisés. Un médecin et la cadre de santé pilotent ce processus. Ils organisent le fonctionnement du groupe de travail thématique composé de soignants de rééducateurs et du responsable informatique. Au regard de ses besoins et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires (secrétariats, désignation des personnes habilitées à l'archivage des dossiers...) et les formations régulières des personnels soignants lors des modifications du dossier. Au niveau documentaire, le dossier est composé d'une partie informatisée et de supports papier multiples et différents selon les secteurs de soins (hospitalisation de jour de réadaptation cardiaque). Des procédures d'utilisation et d'accès au dossier sont rédigées et validées par les instances. Elles sont à disposition des soignants sur la base documentaire informatique et dans les classeurs qualité. Les règles d'accès des patients à leurs dossiers sont également formalisées. Le livret d'accueil des patients précisent les conditions d'accès aux dossiers. Les règles d'accès des patients à leurs dossiers sont également formalisées. Il existe également des procédures de fonctionnement en mode dégradé et un plan de reprise en cas de panne informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu des risques et des besoins, les responsables de chaque secteur (services de soins en hospitalisation complète ou de jour, plateau technique, pharmacie) organisent la déclinaison de cette démarche institutionnelle proposée par le groupe de travail. Des plans d'action opérationnels sont mis en place en réponse aux évaluations, à l'étude des événements indésirables ou aux adaptations du dossier. Les médecins et cadres responsables, ainsi que les référents du dossier sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs, sur le processus de gestion du dossier et sur le résultat des audits sur la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les actions correctives sont mises en œuvre selon les besoins.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
L'établissement a mis à disposition au niveau des secteurs de soins les ressources humaines nécessaires (secrétariats, désignation des personnes habilitées à l'archivage des dossiers...) et les formations régulières des personnels soignants lors des modifications du dossier. Les ressources matérielles sont également adaptées tant au niveau des locaux (postes de soins sécurisés, espaces de rangement dont les archives) que des matériels (supports papier et postes informatiques en nombre suffisant pour garantir la traçabilité des actions en temps réel). Le matériel informatique fait l'objet d'un suivi par le service informatique, l'établissement dispose d'un groupe électrogène et d'onduleurs. L'établissement a validé les prérequis d'hôpital numérique et est éligible au domaine «Dossier patient informatisé et interopérable » et bénéficie d'une subvention pour la mise en oeuvre opérationnelle de ce domaine. Au niveau documentaire, le dossier est composé d'une partie informatisée et de supports papier multiples et différents selon les secteurs de soins (HDJ de réadaptation cardiaque). Des procédures d'utilisation et d'accès au dossier sont rédigées, régulièrement mises à jour et validées par les instances. Elles sont à disposition des soignants sur la base documentaire informatique et dans les classeurs qualité. Un guide d'utilisation du dossier et des règles d'identification du patient est remis à tous les soignants et en particulier aux nouveaux arrivants ou aux stagiaires.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient (bilans d'entrée, suivi, lettres de consultations internes et externes, compte rendus d'exams et synthèses pluridisciplinaires, archivage...) sont présents dans les dossiers, ce que confirment les indicateurs IPAQSS. Les interfaces

sont opérationnelles grâce au dossier informatique qui permet un accès aux données patient en temps utile. Cependant, les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas tracés en temps utile dans le dossier de réadaptation cardiaque. Les dossiers médicaux de l'HDJ de réadaptation cardiaque comportent peu d'éléments de suivi au cours du séjour et en particulier de synthèses pluridisciplinaires pour réadapter le projet thérapeutique, ce que confirme le patient traceur de réadaptation cardiaque. Les bons d'examen de laboratoire ne sont pas validés par les médecins et ne portent pas de renseignements cliniques. Les examens de laboratoire sont prescrits sur des supports papier puis recopiés par les IDE sur des bons de laboratoire. Ceux-ci ne sont pas validés ni renseignés par le médecin prescripteur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dossier patient fait l'objet d'évaluations périodiques permettant l'identification d'actions d'amélioration. Les responsables du groupe dossier assurent régulièrement le suivi de la mise en œuvre de l'évaluation : d'une part les indicateurs IPAQSS, d'autre part des EPP (archivage du dossier, taux de disponibilité des serveurs, contenu des dossiers, patient traceur). Ils évaluent également par indicateurs les demandes d'accès aux dossiers de la part des patients ou des ayants-droits et les délais d'envoi. Enfin, ils évaluent les événements indésirables liés au dossier papier ou informatisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont inscrites au PAQSS et font l'objet d'un suivi. Les évaluations menées dans le cadre de ce suivi amènent à des réajustements si nécessaire :

- Les différentes campagnes IPAQSS ont permis d'évaluer les actions mises en place et de réajuster si besoin
- Les indicateurs de suivi mis en place dans le cadre de l'évaluation de l'archivage du dossier patient ont amené à la mise en place de plans d'actions réussis
- Les EPP « patients traceurs » débutées en 2015, ont permis l'élaboration de plans d'action dont l'efficacité sera évaluée lors des patients traceurs qui seront réalisés en 2016 (dans ce cadre il est prévu d'organiser 2 patients traceurs chaque année)

Les résultats de ces évaluations et les différents plans d'action qui en découlent sont diffusés lors des réunions d'instances et de groupes thématiques ainsi que lors des différentes réunions de service.

Les supports de diffusion sont établis : logiciel de gestion documentaire, journal interne, réunions d'équipes, affichages, présentation aux instances (COFIL, CME, CRUQ). Ils permettent la communication des résultats en interne et en externe.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les bons d'examens de laboratoire ne sont pas validés par les médecins et ne portent pas de renseignements cliniques. Les examens de laboratoire sont prescrits sur des supports papier puis recopiés par les IDE sur des bons de laboratoire. Ceux-ci ne sont pas validés ni renseignés par le médecin prescripteur.	14a
	PS	Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas tracés en temps utile dans le dossier de réadaptation cardiaque. Les dossiers médicaux d'hospitalisation de jour de réadaptation cardiaque comportent peu d'éléments de suivi au cours du séjour et en particulier de synthèses pluridisciplinaires pour réadapter le projet thérapeutique, ce que confirme le patient traceur de réadaptation cardiaque.	14a

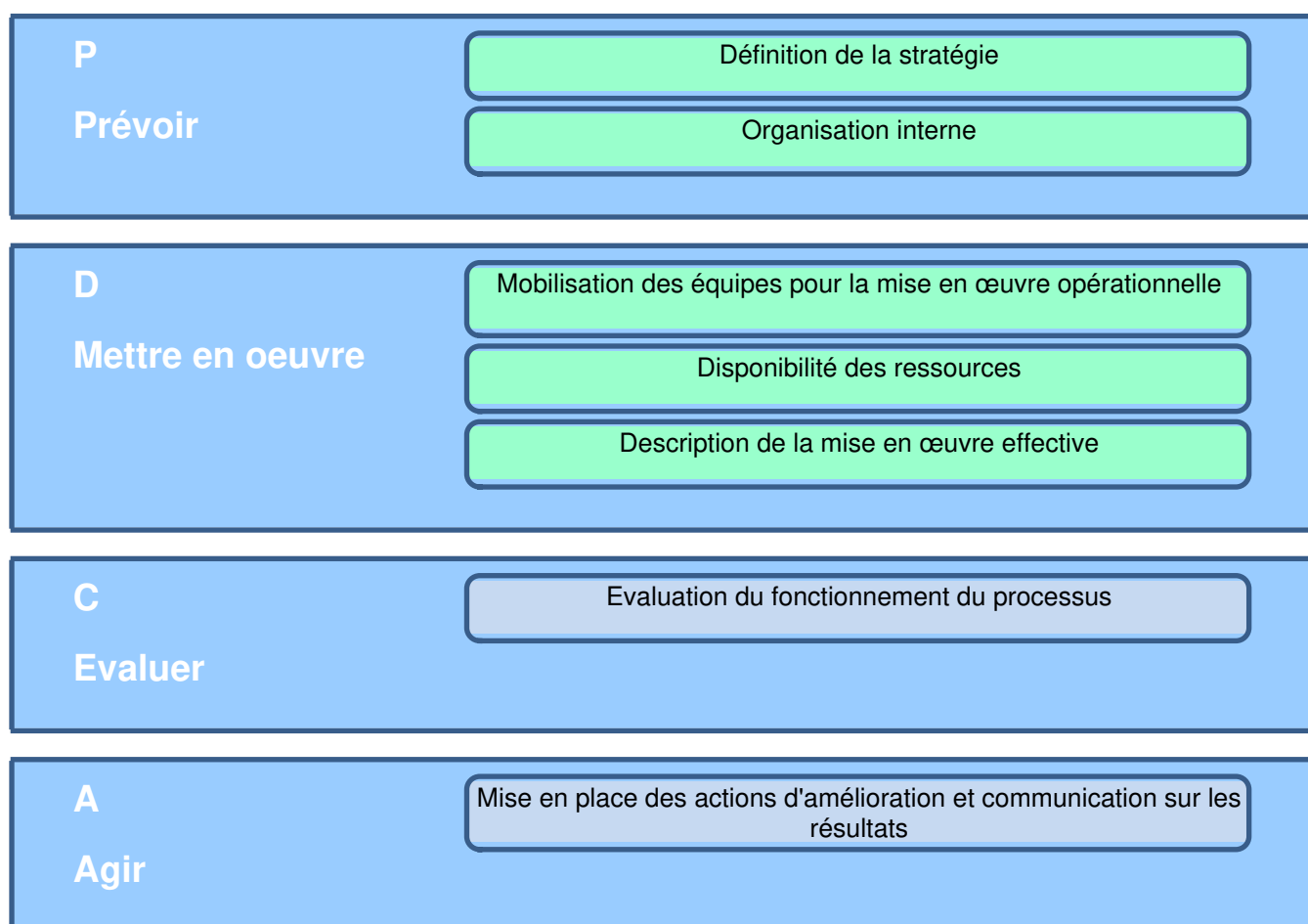
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte d'un établissement de rééducation fonctionnelle et déclinés dans le programme qualité 2012/2015. Cette stratégie repose également sur une analyse des risques spécifiques au circuit du médicament. Elle est validée par le COMEDIMS et la CME, et déclinée dans un programme d'actions annuel formalisé et priorisé. Des objectifs spécifiques sont déclinés, concernant les patients âgés.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La pharmacienne responsable de la PUI pilote ce processus avec les membres du COMEDIMS. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines : outre la pharmacienne, une préparatrice à temps partiel intervient dans l'établissement. Une infirmière référente est désignée dans chaque unité de soins. Sur le plan matériel, le circuit du médicament est totalement informatisé ce que confirme l'indicateur Hôpital Numérique. Les locaux de la pharmacie et les infirmeries sont adaptés et sécurisés, les armoires de stockage des médicaments et les chariots de distribution adaptés aux besoins. Un stock tampon dans chaque infirmerie permet les approvisionnements en urgence en l'absence de la pharmacienne. Dans le cas exceptionnel d'absence de médicaments, une convention est en place avec la PUI d'un établissement voisin et avec une officine de ville. Les ressources documentaires (procédures, protocoles, EPP, livrets d'information, COMEDIMS...) sont répertoriées et indexées dans le logiciel de gestion documentaire informatisé. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement grâce au dossier informatisé pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de soins, pharmacie, plateau technique, HDJ polyvalent et cardiologique).

D / METTRE EN ŒUVRE

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. La directrice, les médecins, la pharmacienne et la cadre IDE participent au COMEDIMS qui définit ses plans d'actions annuels. La pharmacienne relayée par les médecins et les IDE référentes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur les processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors des audits périodiques, des EPP ou lors de la survenue d'événements indésirables et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, événements indésirables, baisse des indicateurs tels que ceux du risque infectieux ou des indicateurs suivis en interne).
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs de soins. Au niveau des ressources humaines la pharmacienne, la cadre de santé et les IDE référentes sont en nombre adapté aux besoins. La pharmacienne bénéficie de formations annuelles et forme les soignants au respect des bonnes pratiques. Au niveau matériel tous les secteurs de soins sont dotés de matériels informatiques, d'armoires de stockage sécurisées, de chariots de préparation, de réfrigérateurs et de chariots d'urgence adaptés aux besoins. La gestion documentaire est à disposition des soignants et facilement accessible par le logiciel prévu à cet effet, par la mise à disposition de documents papier (dictionnaire Vidal, informations sur l'utilisation de dispositifs médicaux...).
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les secteurs de soins connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce au dossier informatisé. Les prescriptions médicamenteuses sont toutes informatisées et conformes, ce que confirme l'indicateur IPAQSS. Toutes les ordonnances font l'objet d'une analyse des interactions par la pharmacienne. L'approvisionnement des armoires des unités de soins répond aux besoins et est sécurisé. La préparation des piluliers des patients est réalisée chaque jour par les IDE. Pour les patients jugés autonomes, les piluliers sont donnés le soir pour la journée suivante et gérés par les patients eux-mêmes.

Les médicaments à risques font l'objet d'une dispensation et d'une administration systématique par les IDE. Les traitements personnels des patients sont stockés dans les infirmeries et restitués à la sortie. La traçabilité de l'administration est effective en temps réel pour les patients jugés non autonomes et les médicaments à risque.

A l'entrée en hospitalisation complète, une réflexion est menée avec le médecin et l'équipe paramédicale pour tous les patients pouvant être autonomes. Ce diagnostic est tracé dans le projet personnalisé du patient et fait l'objet d'une attention particulière tout au long de la prise en charge. Les piluliers sont alors déposés dans les chambres pour la journée et la prise des médicaments vérifiée a posteriori lors de la récupération des piluliers vides, ce que confirme l'audit du patient traceur en rééducation orthopédique. Pour ces patients la traçabilité de l'administration est globalisée pour la journée et réalisée à posteriori après la récupération des piluliers vides le soir. Cette organisation est validée institutionnellement et fait l'objet d'une procédure actualisée dans le but de promouvoir la réadaptation du patient.

Les patients bénéficient d'informations sur les médicaments dans (AVK, baclofène... médicaments à risque) et en particulier en réadaptation cardiaque dans le cadre des séances d'éducation thérapeutique.

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, etc.). Le circuit du médicament fait l'objet d'évaluations régulières (audits 2013, 2015), d'analyse des événements indésirables, d'EPP (prescriptions chez le sujet âgé, conformité des prescriptions dans les infections urinaires, réévaluation de l'antibiothérapie à la 48ème heure...). Des indicateurs sont également suivis (consommations des antibiotiques, des stupéfiants ou médicaments à risque, pourcentage d'utilisation de la dotation des étages...), évaluation annuelle de la réalisation du PAQ du COMEDIMS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité institutionnel. En fonction des résultats des audits le COMEDIMS prévoit un programme annuel qui est priorisé et intégré au plan qualité de l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Des supports et modalités de diffusion sont établis (logiciel de gestion documentaire, informations des instances, des équipes, affichage des programmes d'amélioration, journal interne...).

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation sur certaines thématiques relatives aux droits des patients. L'évaluation des droits des patients ne prend pas en compte toutes ses composantes (prévention de la maltraitance, information en cas de dommage lié aux soins).	11c
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les bons d'examens de laboratoire ne sont pas validés par les médecins et ne portent pas de renseignements cliniques. Les examens de laboratoire sont prescrits sur des supports papier puis recopiés par les IDE sur des bons de laboratoire. Ceux-ci ne sont pas validés ni renseignés par le médecin prescripteur.	14a
		PS	Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas tracés en temps utile dans le dossier de réadaptation cardiaque. Les dossiers médicaux d'hospitalisation de jour de réadaptation cardiaque comportent peu d'éléments de suivi au cours du séjour et en particulier de synthèses pluridisciplinaires pour réadapter le projet thérapeutique, ce que confirme le patient traceur de réadaptation cardiaque.	14a