



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE DE READAPTATION  
DU MOULIN VERT**

**27 route de la marcaziere  
86340 Nieuil L'Espoir**

**MARS 2016**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

# 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

CENTRE DE READAPTATION DU MOULIN VERT	
Adresse	27 route de la marcaziere 86340 Nieuil L'Espoir
Département / région	VIENNE / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	860009158	SAS CENTRE DE READAPTATION DU MOULIN VERT	27 ROUTE DE MARCAZIERE 86340 Nieuil L'Espoir
Etablissement de santé	860009208	CENTRE DE READAPTATION DU MOULIN VERT	27 route de la marcaziere 86340 Nieuil L'Espoir

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	40	30

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Coopérations avec : * CHU de Poitiers : organisation coordonnée de l'aval de la filière cardiologique et vasculaire et réhabilitation des patients respiratoires * Polyclinique de Poitiers : Prise en charge des patients cardio-vasculaires * SSR Korian L'Orégon : Prise en charge des patients cardio-vasculaires * Laboratoire Bio-Net 86 : contrat d'exercice privilégié pour les analyses médicales * Scanner IRM Poitou-Charentes : accès des patients du Centre de Réadaptation du Moulin Vert au plateau d'imagerie médicale * Pharmacie Simon : Fournitures des médicaments des patients du Centre de Réadaptation du Moulin Vert

\* CARSAT Centre-Ouest : Mise en place d'aide au retour à domicile des patients âgés

\* GCS-ESanté Poitou-Charentes : Aide aux déploiement des systèmes d'information

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Réhabilitation respiratoire adultes en hôpital de jour mise en œuvre en mai 2012



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandation.

## 2. Décision

### Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 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 appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 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 HC	Pathologie cardio-vasculaire	Programmé	Venant ou allant vers 1 ES en partenariat avec l'E	SSR
2	Adulte ou personne âgée	SSR en HDJ	Pathologie respiratoire	Programmé		SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

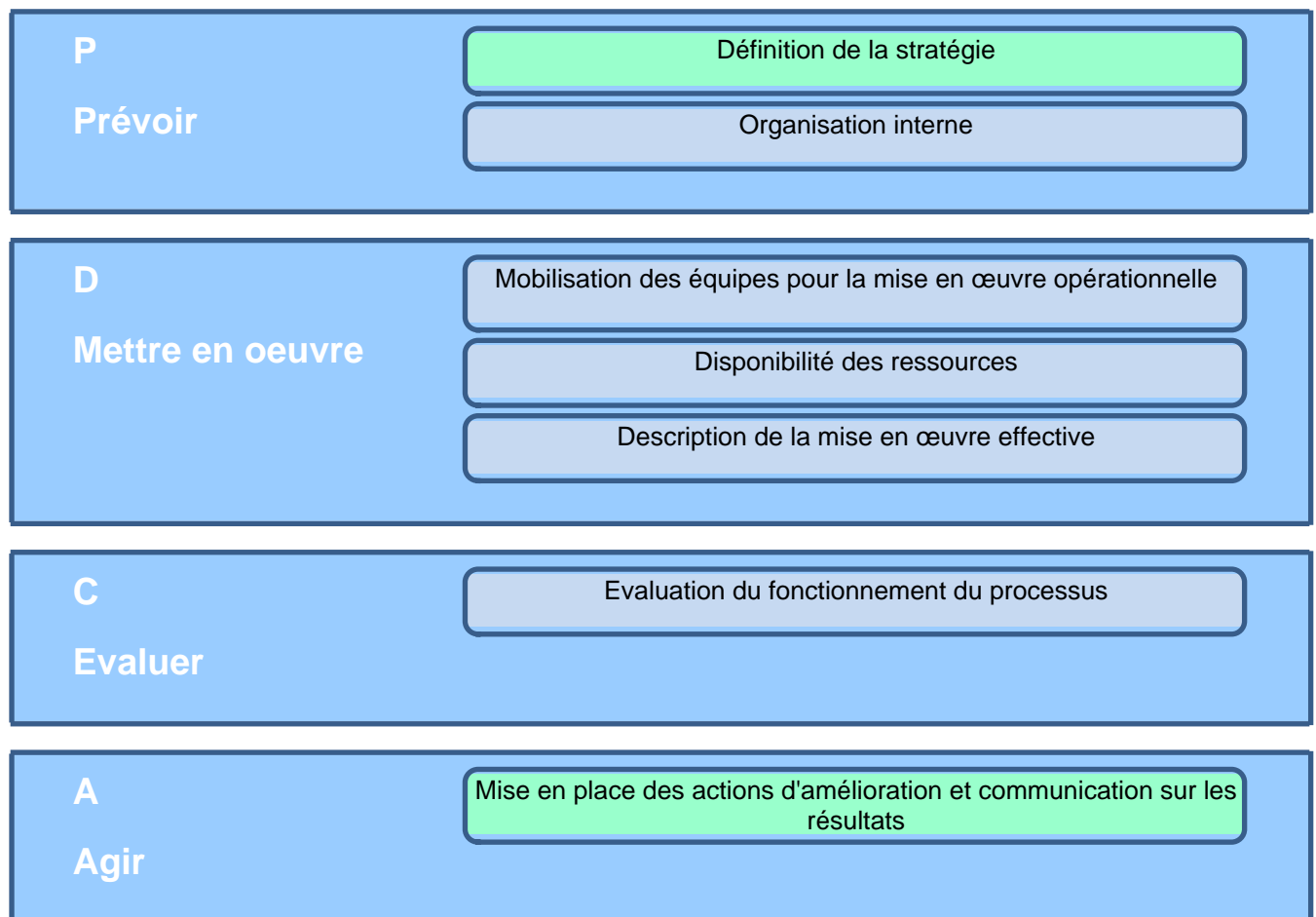
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe une stratégie et des objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, cette politique qualité et sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques 2013-2017. Elle est validée par la commission médicale et les autres instances. La politique qualité et sécurité des soins constitue un objectif prioritaire parmi ces orientations : « Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Plusieurs sous-objectifs déclinent celle-ci, dont la lutte contre la douleur, la nutrition, le développement des EPP, l'amélioration du dossier patient. Cette politique se décline aussi au sein de plusieurs programmes : Programme d'amélioration continue de la qualité des soins, programme de gestion des risques, programme des EPP, programme développement durable et document unique. Les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise sont également intégrées à cette politique. Des plans d'actions concernant chaque processus et chaque instance sont mis en œuvre néanmoins ceux-ci ne sont pas totalement rassemblés dans un programme global d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Celui-ci n'est pas totalement finalisé. Les plans d'actions sont bâtis à partir de la déclinaison de la cartographie du risque processus. Ils sont priorisés et hiérarchisés selon une méthode définie, les risques > 10 en terme de criticité sont inscrits au compte qualité. Ces plans d'action déclinent également les résultats de l'analyse des risques a posteriori. L'établissement est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité, celui-ci est le fil conducteur dans l'organisation de la gestion des risques.

Tous les plans d'action comportent des objectifs, la prévention déjà en place et celle à réaliser, un responsable, des échéances et des modalités de suivi avec des indicateurs. Le dispositif de gestion documentaire participe à la diffusion de la politique qualité et de la gestion des risques. Cette politique est validée par la CME, la CRUQ et les instances parties prenantes dans cette démarche qualité et forces de proposition.

La politique qualité concerne également l'organisation du déploiement et de la mise en oeuvre des démarches EPP (programme sur plusieurs années) avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM) dans les services concernés si nécessaire. Le CQSE suit tous les plans d'action et revoit la politique si nécessaire. Cependant, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas complètement formalisé. Il est en cours de finalisation, il ne comporte pas l'ensemble des éléments attendus par la HAS. Certains éléments comme la sécurité réglementaire par exemple ne sont pas intégrés. Le CQSE (Comité qualité sécurité environnement) suit tous les plans d'action.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation qui pilote le processus est le CQSE composé du directeur, de la responsable qualité, de la présidente de la CME et de professionnels. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'établissement organise la politique qualité à partir des commissions et instances ou groupes de travail (EPP, CREX, etc.) auxquels participent tous les professionnels en fonction de leur choix. Des procédures formalisées expliquent la démarche qualité : la procédure RMM, la procédure gestion des événements indésirables, la procédure "conduite d'une EPP". La gestion de crise fait l'objet d'un plan blanc, plan températures extrêmes et plan pandémie grippale.

Le directeur est responsable de la politique avec la responsable qualité, ils pilotent et coordonnent le processus et les instances chargées de décliner les processus sur le terrain (CLIN, CLAN, CLUD, CRUQ et Comité d'éducation thérapeutique). La présidente de la CME exerce la fonction de coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins.

Au niveau matériel et outil, l'organisation de la politique se décline par la mise à disposition d'un dossier patient unique et informatisé, par l'utilisation d'une méthode opérationnelle d'analyse des risques a priori (cartographie) et a posteriori avec le dispositif de déclaration d'un événement indésirable et l'application de méthodes d'analyse de causes (ORION et AMDEC). Les EPP, dont le programme sur 4 ans est intégré au compte qualité, sont aussi un vecteur de la qualité.

La communication institutionnelle lors des réunions d'équipe, l'intranet, le flash info et la gestion documentaire participent à la diffusion de cette politique (procédures, protocoles, comptes rendus de réunions, résultats des indicateurs et des audits, tableau des EPP) et à l'atteinte des objectifs fixés.

Le schéma directeur d'information totalement informatisé permet d'assurer la gestion des interfaces et des circuits en facilitant la concertation entre professionnels dans les services. Toutes les interfaces permettent d'apporter une cohérence organisationnelle aux missions et aux compétences par rapport aux objectifs poursuivis de la démarche qualité et gestion des risques. L'organisation de l'exploitation des plaintes et des réclamations est opérationnelle à partir des enquêtes, de la remontée des remarques auprès des professionnels et des représentants d'usagers de la CRUQ. Toutes ces interfaces organisationnelles permettent d'assurer cohérence dans les missions et compétences par rapport aux objectifs poursuivis de la politique qualité.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les plans d'actions issus du travail des instances, des groupes de travail, des événements indésirables, des enquêtes de satisfaction sont déclinés dans chaque service et en fonction de la démarche institutionnelle. Chaque participant à un groupe de travail sensibilise les professionnels de son équipe sur les actions à mener et les risques identifiés sur le processus. Les réunions d'équipe, la gestion documentaire permettent de mobiliser les équipes et d'atteindre les résultats fixés. Les nouveaux arrivants sont formés et sensibilisés lors de leur entrée en tutorat.

La conformité des pratiques est analysée en équipe sous la direction du responsable du processus. Les professionnels sont informés régulièrement des résultats et de l'avancée des actions à mettre en œuvre. Les procédures, les protocoles sont révisés autant que de besoin. Les professionnels se sont appropriés les objectifs des plans d'action et mettent en œuvre les actions d'amélioration.

La communication des résultats et de l'avancée de la démarche est réalisée une fois par an avec l'ensemble des acteurs, des réunions d'équipe (tous les mois environ) permettent également d'accéder à l'information. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les formations régulières internes et externes permettent d'améliorer et d'assurer les compétences des professionnels en matière de qualité et de sécurité des soins. Les locaux neufs, le matériel disponible permettent d'assurer la qualité des prestations offertes au patient. Le dispositif de gestion documentaire (GED), les affichages, les journées sécurité des patients, la procédure gestion des événements indésirables et celle sur les EPP sont accessibles à tout moment aux professionnels. Les plans d'actions comportant l'identification des risques des processus, permettent aux professionnels d'avoir accès à une information soutenue sur la démarche qualité et de participer à sa mise en œuvre.

Au niveau matériel, le système d'information en place est adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnalité des postes et outils informatiques. Les documents qualité présent dans la gestion documentaire sont actualisés et le système d'information et le matériel informatique fait l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

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

Le service a connaissance des différents plans d'actions. Ces actions concernent aussi bien la satisfaction des patients, les démarches EPP, le risque infectieux, le bon usage des médicaments, etc. Les équipes connaissent la politique qualité et de sécurité des soins, elles ont participé à l'élaboration de la cartographie des risques des différents processus de prise en charge. Elles participent à l'élaboration des protocoles et des procédures, elles savent utiliser le dispositif de déclaration d'évènement indésirable et participent aux analyses des causes si besoin. Elles participent activement à l'amélioration de la satisfaction des patients. De nombreux audits sont mis en place, des EPP également auxquelles le personnel participe. Des RMM sont élaborées en fonction des événements indésirables. Lors des réunions d'équipe, les thèmes sur la qualité et sur la gestion des risques sont abordés. Un flash info qualité fait le point sur la démarche qualité et la certification et est distribué avec les bulletins de salaire. Des journées dédiées "Sécurité des patients" sont organisées tous les ans en direction des patients mais aussi des professionnels. Chaque professionnel de l'établissement participe au minimum à un groupe de travail et fait redescendre auprès de chaque équipe les résultats du travail de ce groupe.

La coordination des dispositifs de vigilances est effective sur la pharmacovigilance, la matériovigilance et la réactovigilance. C'est le président du CLIN/Comedims qui a en charge ces trois dispositifs de vigilance.

Toutes les instances participent à la politique qualité en élaborant son propre plan d'actions. La CRUQ est également destinataire des résultats concernant cette démarche qualité mise au service du patient. Elle est force de propositions en suscitant des actions d'amélioration et elle est toujours informée des résultats des évaluations ou de la satisfaction des patients. Le travail en équipe, la participation des professionnels aux nombreux groupes de travail permet d'asseoir la politique qualité au cœur de la prise en charge du patient. Le dispositif de recueil de leurs attentes est opérationnel. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

## C / EVALUER

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des plans d'action sur la base d'outils identifiés dont les indicateurs lors les bilans annuels des différentes instances et groupes de travail (satisfaction du patient, nombre d'EI, nombre d'EPP, nombre de formations). Le CQSE, destinataire de ces bilans effectue également un bilan annuel (événements indésirables, actions en cours, suivi des

démarches EPP, satisfaction des patients, indicateurs nationaux, dispositif de gestion documentaire, etc.). Les indicateurs nationaux permettent d'évaluer la politique qualité et sécurité des soins. Cette évaluation périodique permet d'identifier les actions correctives. Les plans d'actions sont régulièrement revus, corrigés à partir des résultats.

## 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 les plans d'action qui sont réajustées tous les ans. L'établissement réexamine les risques significatifs ou les besoins non encore satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction du risque.

Des supports et modalités de diffusion sont établis à travers la GED et le système d'information. Tous les résultats des actions sont consultables sur l'intranet de l'établissement dans la gestion documentaire. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne par voie d'affichage, par les réunions d'équipe ou réunion institutionnelle annuelle. Les résultats des indicateurs nationaux sont diffusés aux professionnels, aux patients et usagers par voie d'affichage dans la vitrine qualité. La politique qualité et sécurité des soins est réajustée en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, de nouveaux objectifs sont fixés au sein des différents plans d'action et communiqués aux professionnels. Les actions sont articulées avec les plans d'actions mais pas encore avec le programme global qualité et sécurité des soins, en cours de finalisation.

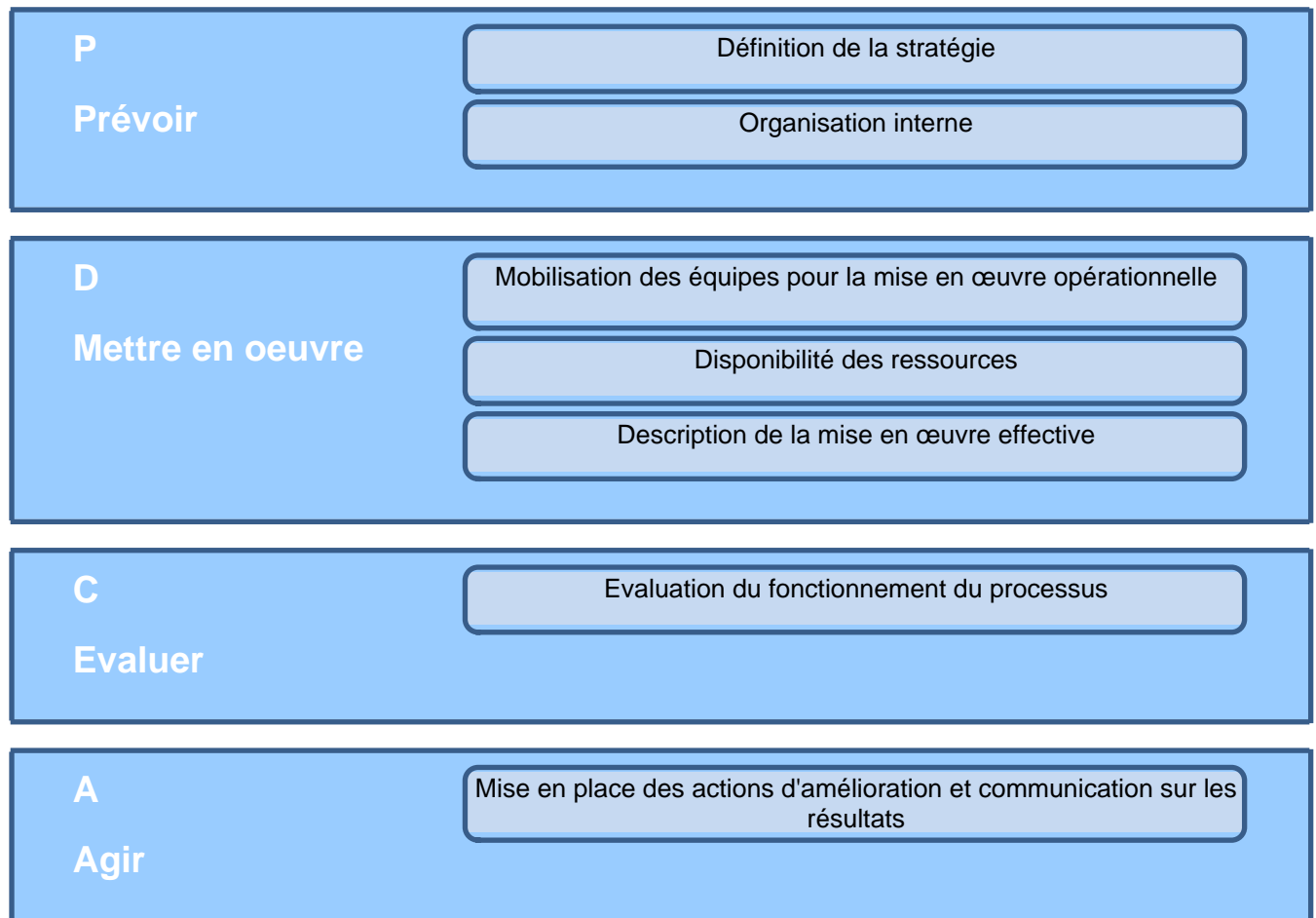
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Il existe une stratégie et des objectifs concernant la politique droits du patient, élaborés sur la base d'une identification des besoins de la région et déclinés au sein du SROS et de l'ARS mais aussi des missions de l'établissement et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, l'établissement a décliné la politique droits du patient dans le projet d'établissement et les orientations stratégiques 2013-2017. Le respect des droits des patients y est inscrit en termes de bienveillance, de dignité, de respect des libertés individuelles et concentré sur trois axes : la satisfaction du patient, la sécurité du patient et la démarche éthique. L'établissement a identifié un certain nombre de risques spécifiques, d'une part à travers la cartographie du processus mais aussi de par les résultats des déclarations d'évènements indésirables, les enquêtes de satisfaction et les remarques des patients. Cette identification a permis de dresser un plan d'actions, de hiérarchiser les risques dont certains sont inscrits au compte qualité. Ce plan d'action comporte objectif, prévention en cours, action à réaliser, responsable, échéance et modalités de suivi par des indicateurs (taux de satisfaction, niveau de bienveillance perçue par le patient, taux de personnel sensibilisé aux droits des patients, le nombre de plaintes et réclamations, le nombre de fiches d'évènement indésirable et l'indicateur IPAQSS « consentement du patient »). Cette politique est validée par la CME et toutes les instances dont la CRUQ et les représentants des usagers. Elle a aussi été présentée aux professionnels en juin 2015.

La politique droits des patients développe l'information et la communication en direction du patient dans le but de lui donner les moyens de prendre en charge sa santé.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. En effet quatre personnes ont été nommées pilotes droits des patients : le directeur, un médecin, une secrétaire et une ide. Leurs rôles et leurs responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission processus. Une présentation de ces pilotes a été communiquée auprès des équipes et au sein de la CRUQ. De nombreuses procédures sont présentes sur la gestion documentaire, notamment : Accès du patient à son dossier, la Charte respect confidentialité, dignité, intimité du patient, Prise en charge de la maltraitance. D'autre part des chartes (personne hospitalisée, charte de bonne conduite (professionnel) charte confidentialité, intimité, dignité (professionnel) et charte du système d'information (confidentialité des données du patient) sont affichées dans tous les lieux d'accueil, les chambres, les salles de soins et disponibles pour tout le personnel. Le plan de formation identifie des formations sur le droit des patients pour les professionnels, en 2014 et 2015 ce sont les secrétaires médicales et les aides soignantes qui en bénéficient. L'organisation de la CRUQ est effective avec la participation des usagers.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (référénts droits des patients nommés), matérielles (affichage, conférence d'accueil des patients, livret d'accueil, la CRUQ et les droits d'accès du patient à son dossier, des locaux adaptés, la signalétique et la prise en charge du handicap) et documentaires (procédures, déclaration des évènements indésirables, gestion des plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction, accès du patient au dossier, recueil du consentement, dommage lié aux soins, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels dans les services grâce au système d'information intégré qui permet de disposer des informations actualisées concernant le patient à tout moment.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Il existe un plan d'action avec des objectifs propres aux droits des patients et déclinés sur les deux services. Il est établi en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les référents sensibilisent les professionnels aux risques identifiés du processus. Une formation annuelle est réalisée par le médecin référent auprès des professionnels et des représentants d'usagers. Les comptes rendus de la CRUQ sont disponibles pour tous les professionnels dans la gestion documentaire.

Les aides-soignantes sont mobilisées dans l'accueil du patient et son information sur les droits des patients. A l'accueil administratif, les secrétaires sont également sensibilisées au recueil de la personne de confiance et à inciter les patients à participer à la conférence d'accueil.

Les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Au sein de la CRUQ un représentant par équipe professionnelle participe aux travaux et rend compte des résultats à l'ensemble de l'équipe. Les nouveaux arrivants sont formés et sensibilisés lors de leur entrée en tutorat.

Des évaluations de pratiques sont réalisées dans le cadre des EPP sur le droit des patients (plusieurs audits), une EPP sur la qualité de l'accueil, un staff concernant la prise en charge du handicap, etc. Un staff handicap est mis en œuvre pour travailler sur certains handicaps connus dans l'établissement : vision, audition, illétrisme, linguistique, cognitif.

Enfin, deux évaluations sont mises en œuvre : la satisfaction du patient par le questionnaire de sortie et un audit sur la qualité de l'information délivrée.

Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre avec les professionnels en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

En effet, l'établissement met en œuvre des formations et des sensibilisations en direction des équipes. Ces actions visent la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Des documents (procédures, affichages des indicateurs) sont à disposition des professionnels. Une réflexion éthique va être élaborée dès janvier. Les locaux sont conformes et adaptés à la prise en charge thérapeutique du patient (l'établissement est de plain-pied) une salle de relaxation et de bien-être est à disposition des patients. Une bibliothèque est aussi à leur disposition. Les matériels et les équipements sont adaptés et conformes à la prise en charge du patient. Des paravents sont à disposition des professionnels et patients en chambre double. Le respect des convictions religieuses est effectif. L'établissement met à disposition une liste d'interprètes. Il affiche la composition de la CRUQ et les numéros de téléphone des usagers. Une boîte à idées permet de recueillir leurs remarques. Les formations et les sensibilisations sont permanentes, les documents sont revus régulièrement et le matériel et locaux sont suivis par un plan de maintenance.

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

Chaque service connaît l'organisation définie en direction du patient et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins y compris les soins d'hygiène est effectif, les soignants organisent les soins en salle de soins. Ils mettent en œuvre les protocoles et les procédures, les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. La coordination entre les professionnels est effective dans la mise en œuvre du projet thérapeutique par un agenda partagé qui permet d'offrir au patient des temps de prise en charge spécifiques. Tous les professionnels connaissent les modalités de signalement en cas de maltraitance ou de dysfonctionnement dans la prise en charge. La confidentialité est assurée à tous les niveaux de la prise en charge.

Des transmissions ciblées permettent d'optimiser la prise en charge. La psychologue, des ateliers d'éducation thérapeutique, les conférences sont autant d'éléments qui permettent d'assurer la prise en charge du patient et de s'assurer du respect de ses droits. Le patient est mobilisé dans la construction de son projet personnalisé de soins. Le dispositif d'information sur son état de santé et les soins proposés est en place notamment celui concernant le dommage lié aux soins.

Les circuits et les temps de prise en charge médicale, soignante, thérapeutique, paramédicale sont définis et respectés et permettent aux interfaces d'être opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée avec le dossier patient unique et informatisé, un agenda partagé des activités.

Le fonctionnement de la CRUQ permet aux représentants des usagers d'être impliqués dans la prise en charge du patient et le respect de ses droits. La CRUQ fonctionne règlementairement (4 réunions par an). Deux représentants des usagers sur trois ont participé régulièrement à ces réunions. La traçabilité des réunions de la CRUQ est assurée dans la gestion documentaire. La traçabilité des résultats des enquêtes et audits est également disponible dans la gestion documentaire.

L'ensemble de la prise en charge du patient est réalisée dans le respect de ses droits ce que confirment les deux patients traceurs effectués.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement et périodiquement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du respect des droits du patient sur la base d'outils identifiés dont la satisfaction du patient et de son entourage (enquêtes de satisfaction hospitalisation complète et HDJ).

D'autres indicateurs permettent d'évaluer les droits comme la qualité de l'information dispensée au patient, le niveau de bientraitance perçu par le patient, le taux de personnel sensibilisé aux droits des patients et le critère « taux d'accord du patient à son projet thérapeutique ». Les plaintes et les réclamations, le nombre de demande d'accès au dossier par le patient, les remarques des patients sont autant d'indicateurs mis en place et suivis également par l'établissement. Enfin, des EPP sur le droit des patients, la qualité de l'accueil, le staff « handicap » constituent aussi des éléments d'évaluation du respect des droits des patients. Les résultats de ces évaluations sont exploités (enquêtes, remarques etc) et permettent d'améliorer ce processus.

**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 plan d'action. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Tous les résultats des évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration dans la mesure où l'établissement souhaite maintenir un taux de satisfaction global égal ou supérieur à 80% (inscrit dans les orientations stratégiques), l'efficacité des actions est donc évaluée et permet de réajuster les actions en fixant de nouveaux objectifs.

Aussi de nombreuses actions sont mises en œuvre dont par exemple le questionnaire de satisfaction traduit en anglais (nombreux patients de langue anglaise), l'adhésion de l'établissement à un espace éthique en juin 2015 avec formation programmée début 2016, la conférence mensuelle par la psychologue sur la gestion du stress et la communication. Ces actions sont suivies et réévaluées régulièrement et communiquées aux professionnels.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

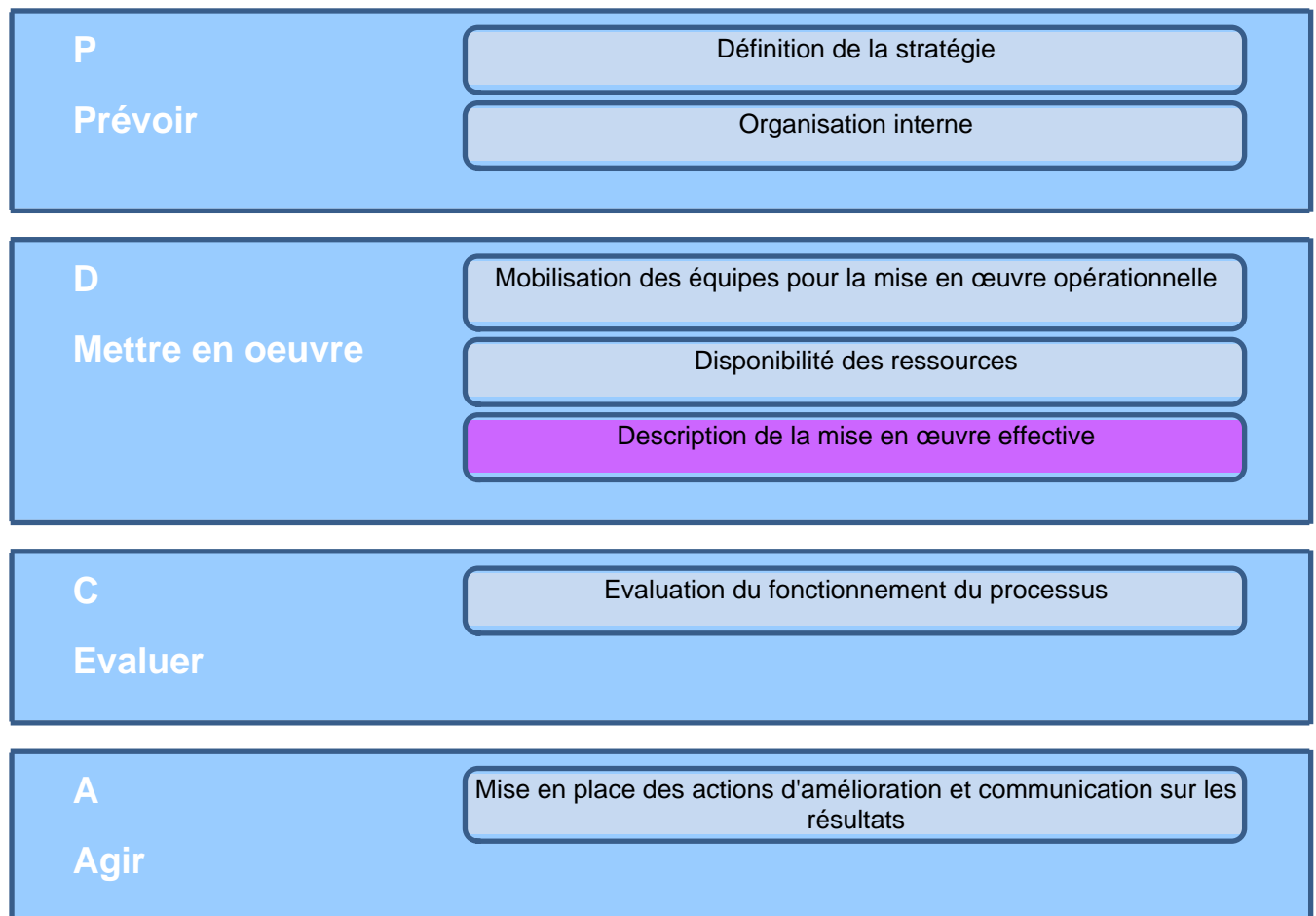
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une stratégie du processus parcours patient formalisée dans ses orientations stratégiques 2013-2017 et sa politique qualité. La stratégie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement de risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques, au contexte et aux spécialités de l'établissement. Elle prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et les engagements contractualisés dans le cadre du CPOM 2012-2017.

Une cartographie des risques, réalisée à partir de plusieurs sources de données (risques a priori, évènements indésirables, indicateurs IQSS, EPP...) a permis l'identification et la hiérarchisation des risques avec les professionnels concernés selon la méthode préconisée par la HAS.

Cette stratégie, présentée et validée par la CME, est déclinée dans un plan d'actions formalisé et priorisé. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances et modalités de suivi. Le compte qualité reporte les objectifs et actions prioritaires de ce plan. Les plans d'actions suivi par les instances (CLAN, CLUD, CET ...) ont été intégrés très récemment (septembre 2015) dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins global et unique en cours de finalisation.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus "parcours patient". Il est assuré par un médecin, assisté d'une infirmière et d'une kinésithérapeute. Leurs rôles et leurs responsabilités sont formalisés dans une fiche de missions. Ils sont appuyés par les instances (CME, CLAN, Comité d'Éducation Thérapeutique, CLUD).

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité. Une équipe pluridisciplinaire assure la prise en charge des patients en hospitalisation complète et ambulatoire (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, enseignants d'activité physique adaptées, psychologue, diététicienne et assistante sociale). Des conventions avec des médecins extérieurs permettent une garde médicale 24h sur 24. Le plan annuel de formation est élaboré en fonction des besoins (éducation thérapeutique, plaies et cicatrisation, gestes d'urgence, troubles du rythme...).

L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants sont organisés et formalisés.

Les équipements et les locaux adaptés à la prise en charge des patients sont mis à disposition des professionnels et des patients : plateau technique de kinésithérapie, salle de gymnastique, salle de ré entraînement., chariot d'urgence...

Des travaux d'agrandissement et d'adaptation des locaux ont été réalisés pour s'adapter à l'augmentation de l'activité et au handicap des patients.

Il existe un système de gestion documentaire structuré et accessible aux professionnels via intranet. Les procédures et protocoles utiles à la prise en charge des patients sont identifiés et rédigés en association avec les professionnels.

Des actions de communication à destination des professionnels sont organisées via les réunions de service, conférences, flash info. Des conférences d'accueil hebdomadaires sont organisées pour tous les patients hospitalisés en ambulatoire et en hospitalisation complète ainsi que des conférences sur la douleur, les gestes d'urgences et les activités physiques.

Les circuits et les interfaces avec les secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques sont organisés pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre secteurs d'activité. Le dossier patient informatisé facilite les interfaces et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire. Les interfaces avec les fonctions externalisées sont organisées.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont déclinés dans les secteurs. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les risques identifiés sur le processus "parcours patient". Des actions de communication sont menées via les réunions de service, retour d'expérience suite à des évènements indésirables, semaine "sécurité du patient", diffusion des plans d'actions et des comptes rendus des instances disponibles via le site intranet.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'établissement réalise de nombreux audits et EPP et assure le suivi des indicateurs IQSS et des enquêtes de satisfaction des patients. Les professionnels sont informés de leurs résultats et pleinement associés

dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement qu'en terme de qualifications. Les professionnels bénéficient de formations internes et externes en adéquation des besoins (éducation thérapeutique, geste d'urgence, prise en charge des troubles du rythme...). Les nouveaux personnels sont tutorés.

Les ressources en matériel et équipements sont disponibles et permettent une prise en charge adaptée aux besoins des patients.

Les ressources documentaires nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles et accessibles via le site intranet (procédure de prise en charge d'un arrêt cardio respiratoire, évaluation et prise en charge du risque suicidaire, de la douleur, transfert en urgence vers une autre structure, prise en charge de la dénutrition...). En adéquation avec les recommandations des sociétés savantes et de la HAS, une procédure "parcours du patient au Moulin Vert" définit pour chaque type de pathologie, le parcours du patient dans sa globalité (médical, activités de réadaptation et parcours éducatif). Des documents d'information et d'éducation sont mis à disposition des patients, un carnet de suivi personnalisé est élaboré dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique du diabète ou des ateliers éducatifs. Les formations et les sensibilisations sont permanentes, les documents sont revus régulièrement et le matériel et équipements font l'objet d'entretien et de maintenance.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient comme en attestent les observations réalisées lors des 2 patients traceurs. Les modalités d'accueil administratif et soignant sont définies. Le livret d'accueil est remis à tous les patients lors de leur admission par une secrétaire. Un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et continue de son état de santé et d'un repérage et d'une évaluation de l'ensemble de ses besoins par l'équipe médicale et paramédicale. Le projet de soins personnalisé est établi en équipe pluridisciplinaire, en concertation et avec le consentement du patient. Il est tracé et régulièrement réévalué au cours des staffs hebdomadaires. La coordination entre les acteurs de la prise en charge est effective et tracée dans le dossier du patient.

Une procédure définissant les règles de présence et du système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24/24 est mise en œuvre. Les plannings et les tableaux de garde, validés par le directeur, sont diffusés dans les services. Il existe un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales. Un médecin est de garde 24h sur 24. Des chariots d'urgence et des défibrillateurs sont présents en salle de soins et dans la salle d'épreuve d'effort et de ré-entraînement. Les professionnels sont formés régulièrement aux gestes d'urgence, les chariots sont sécurisés et entretenus. Les prises en charge spécifiques dont le handicap et les personnes âgées sont organisées, le risque de vulnérabilité est pris en compte. L'évaluation de la douleur, du risque suicidaire sont effectives et tracées dans les dossiers. Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition est un des objectifs de la prise en charge.

L'établissement est très engagé dans l'éducation thérapeutique des patients, il dispose d'un programme autorisé pour l'éducation du patient diabétique de type 2 et organise de nombreux ateliers éducatifs en fonction des pathologies des patients. Les professionnels sont formés, un Comité Éducation Thérapeutique a été créé, une convention avec un réseau pour l'éducation des patients insuffisants cardiaques est formalisée. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées avec l'organisation des services cliniques, la collaboration en interdisciplinarité est effective. Tous les professionnels impliqués dans la prise des patients tracent leurs interventions et leurs observations dans le dossier du patient.

La sortie du patient est organisée en association avec le patient, les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge sont remis (ordonnances, fiche de liaison, plaquettes d'information, carnet de suivi, résultats de biologie, ECG). Un courrier est adressé au médecin traitant dans les délais règlementaires.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les habitudes du travail en équipe permettent une capacité collective d'analyse et de récupération.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés régulièrement par les instances et le pilote du processus : EPP, audits, suivi des indicateurs IQSS, évènements indésirables, CREX, RMM, évaluation de la satisfaction des patients. A la sortie du patient, une évaluation de son parcours de soins, au regard de sa pathologie est réalisée à partir d'une check-list pour identifier un éventuel oubli. Chaque instance réalise un bilan annuel d'activité. Le bilan annuel d'activité présente une exploitation des

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre sur la base des données issues des évaluations conduites sur le processus "parcours du patient", elles sont intégrées dans les plans d'action des instances (CLAN, CLUD, CET ...). Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins global et unique, récemment créé, intègre progressivement les actions d'amélioration relatives au processus "parcours patient".

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

Des supports et modalités de diffusion sont définis. La communication des résultats et actions est réalisée : des représentants de chaque catégorie professionnelle sont présents dans les commissions et comités, facilitant ainsi la diffusion des informations auprès des équipes. La diffusion des comptes-rendus, des résultats des évaluations, indicateurs et des plans d'action des instances est assurée via intranet, le flash info qualité communiqué à l'ensemble des professionnels via les fiches de paie, les réunions d'équipes et les staffs. Les résultats des indicateurs nationaux sont diffusés aux usagers par voie d'affichage et aux membres de la CRUQ.



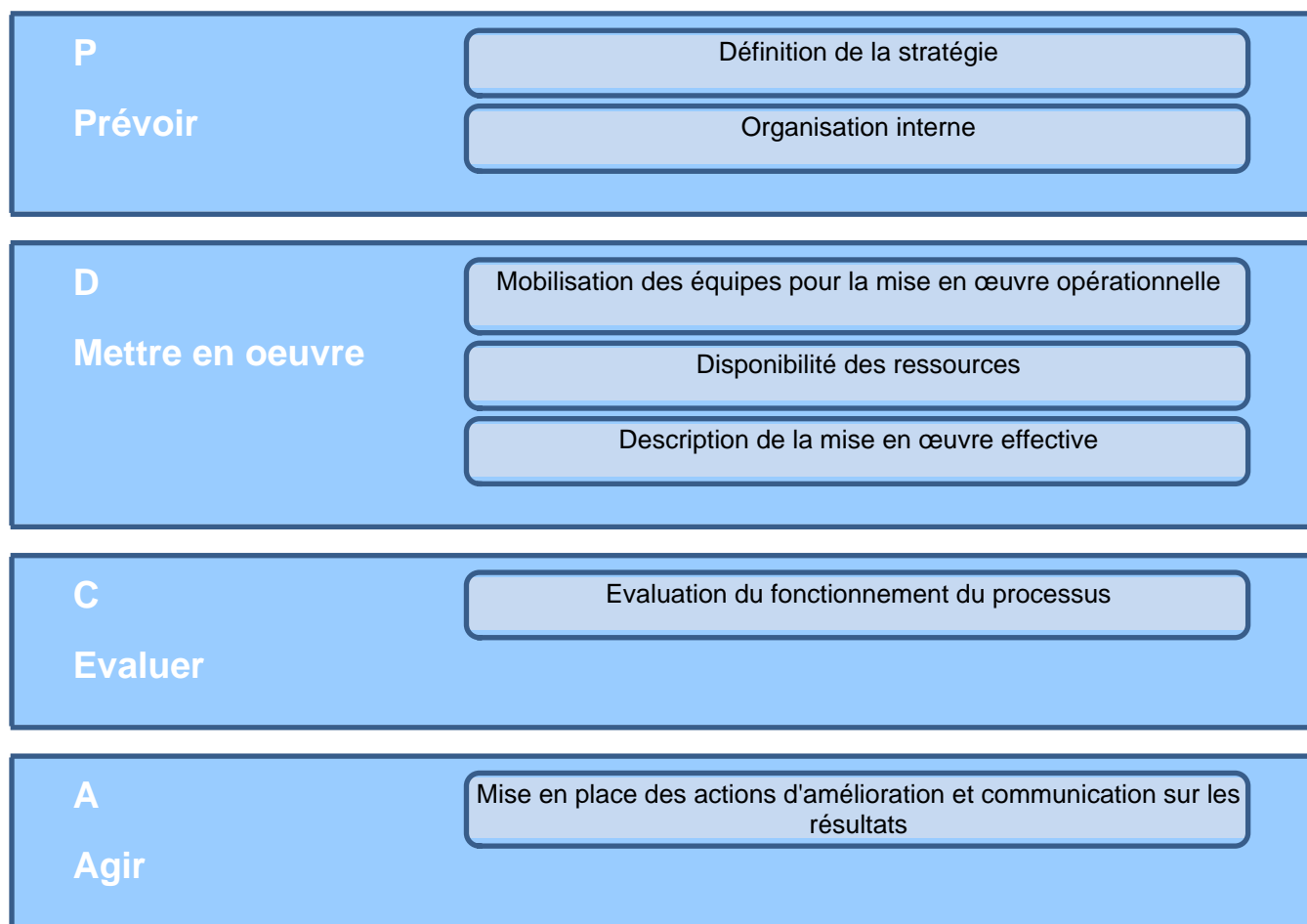
# DOSSIER PATIENT

## 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

L'établissement a mis en place une politique du dossier patient déclinée dans quatre documents : le schéma directeur d'information, la politique de sécurité du système d'information, la charte d'utilisation du système d'information et un référentiel de structure. Des procédures accompagnent la déclinaison du dossier patient dont par exemple « l'identité vigilance dans le parcours patient ».

Un plan d'actions a été élaboré à partir de la définition de dix risques concernant cette politique dossier patient dont 3 sont inscrits au compte qualité. Cette identification des risques a été réalisée sur la base des besoins de l'établissement et du contexte de la prise en charge. Cette stratégie est validée par les instances concernées. Le dossier patient est un dossier unique informatisé sur l'ensemble des éléments de prise en charge, l'établissement a pour objectif le zéro papier. Il utilise les indicateurs IPAQSS pour définir sa politique et ses axes d'amélioration. La politique de sécurité prévoit les modalités d'accès au dossier et le risque de pannes. Elle a donc défini un Plan de Continuité et de Reprise d'Activité. La politique du dossier patient est également inscrite à partir des indicateurs Hôpital Numérique (HN), ce qui permet de se fixer des objectifs et de participer à un benchmarking entre établissements de même structure. Les règles de gestion du dossier sont formalisées et diffusées (responsabilité, tenue, confidentialité, composition, utilisation et accessibilité en temps utile) par la procédure "politique de sécurité du système d'information".

#### ORGANISATION INTERNE

L'organisation du pilotage du processus se décline en identifiant les rôles et les responsabilités : deux pilotes sont chargés du déploiement du dossier et de la politique d'identitévigilance (le directeur et une secrétaire médicale) et ces rôles sont formalisés par une fiche de mission processus. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (deux pilotes dossier sont nommés : une secrétaire et le directeur), matérielles (déploiement du dossier informatisé au sein des services) et accès pour tous les professionnels en fonction des profils avec mise à disposition des outils informatiques pour la prise en charge.

La documentation nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés est formalisée dans des procédures : Charte d'Utilisation du Système d'Information, Référentiel de Structure, Plan de continuité et de Reprise en cas de panne du Système d'Information, Pannes du Système d'Information. L'établissement participe également au recueil des indicateurs Hôpital Numérique et des indicateurs IPAQSS. L'organisation de l'accès au dossier par le professionnel obéit à des règles qui sont inscrites dans le guide d'utilisation (droits d'accès fonction du profil métier). Une procédure relative à l'accès du patient à son dossier est formalisée. La coordination de la mise en œuvre de la politique se fait avec tous les professionnels. Pour assurer le déploiement, l'établissement a organisé des sessions de formation auprès de tous les professionnels, les règles de tenue et d'accès sont formalisées et connues de tous. Les outils sont à disposition (procédures, modalités d'accès pour le patient ou ayant-droits). Les règles d'archivage sont formalisées et connues. Les données externes sont intégrées au dossier soit directement (laboratoire) soit par numérisation. Enfin, l'organisation du dossier fait l'objet d'évaluations régulières. Les documents d'information concernant le dossier pour le patient figurent dans le livret d'accueil et par affichage.

La gestion des interfaces et des circuits s'organise dans le dossier avec tous les éléments de prise en charge actualisés et accessibles à tous. Le dispositif de remontée de demandes de correction est organisé à partir des fiches de déclaration des événements indésirables ou par demande directe auprès du référent qui en suit la traçabilité.

### 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 de mise en place du dossier. La direction sensibilise les professionnels sur les risques identifiés au sein du processus dossier patient. Elle communique à travers les indicateurs de la bonne tenue du dossier patient et met en place des actions correctives identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les équipes s'impliquent dans l'amélioration du dossier en remontant les dysfonctionnements par la déclaration des événements indésirables ou lors de la demande d'accès au dossier par le patient.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles grâce aux formations, sensibilisations et remontées de demandes d'amélioration des professionnels et des mises à jour régulières du dossier patient. Les outils intégrés au dossier patient permettent de créer, tracer et accéder en temps utile aux éléments constitutifs

de la prise en charge. Le matériel mis à disposition des professionnels leur permet d'accéder au dossier en temps voulu (ordinateurs dans les salles de soins, portables au lits du patient si besoin). La documentation accessible et actualisée est disponible dans la GED. Les nouveaux arrivants sont tutorés pendant quelques jours afin d'acquérir la maîtrise dans l'utilisation du dossier patient. Le dossier patient informatisé fait l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

Les éléments papier des anciens dossiers sont numérisés au fur et à mesure dans les dossiers informatiques afin de supprimer totalement le papier.

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

Les professionnels de chaque service connaissent l'organisation définie pour le dossier patient, de la pré-admission à sa sortie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans le dossier patient.

Tous les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier patient en temps utile et sont accessibles, ce que confirment les patients traceurs. Le dossier comporte les éléments d'amont nécessaires à la prise en charge par numérisation (ordonnance, compte rendu opératoire etc) et il recueille toutes les informations formalisées établies au long du séjour.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge par des professionnels d'aval sont transmises dans les règles de confidentialité.

Le respect des délais définis par la réglementation pour les demandes d'accès au dossier (3 en 2014) par le patient sont conformes (délai moyen - de 5 ans : 7 jours et + de 5 ans : aucune demande). Chaque pièce du dossier comporte l'identité du patient avec photo à l'appui (selon souhait du patient) vérifiée à toutes les étapes de sa prise en charge.

Les professionnels sont formés à l'identitovigilance par la Cellule d'Identitovigilance, le système d'information permet de recenser les doublons et de les fusionner. Une alerte sur les homonymies apparaît en visuel sur le dossier. Deux fois par an, une analyse des identités est réalisée et les fusions sont réalisées si nécessaire. La CRUQ est informée de l'ensemble de ces éléments.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre équipes sont opérationnelles grâce au dossier informatique unique et accessible à tous selon les modalités d'accès propres au profil métier du professionnel. La traçabilité des actions et des activités est assurée. Le travail en équipe est encouragé, l'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure périodiquement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dossier et de son plan d'actions à partir d'outils identifiés et d'indicateurs (IPAQSS, HN, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Le recueil des indicateurs est réalisé, des audits sont réalisés sur le dossier patient. Une EPP "pertinence du courrier de sortie" est mise en œuvre, les événements indésirables concernant les problèmes d'identitovigilance sont suivis et analysés par la cellule d'identitovigilance. Les doublons et fusions font l'objet d'évaluations. Les événements indésirables et les remontées de demande de corrections ou d'amélioration sont également des éléments importants d'amélioration du système d'information et du dossier patient. Les résultats des évaluations menées sont exploités pour permettre la définition d'actions d'amélioration.

### **A / AGIR**

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

L'établissement examine les résultats obtenus à la suite des différents audits menés sur le dossier patient et permet de vérifier l'efficacité des actions conduites sur le dossier.

La politique du dossier est réajustée en fonction de ces résultats, le recueil des résultats des IPAQSS et autres indicateurs conduit à un ajustement des objectifs et à la programmation de nouveaux plans d'action si nécessaire, Ceux-ci étant inscrits au compte qualité et dans le plan d'actions "Dossier patient". Les résultats concernant le dossier patient sont diffusés aux professionnels par le biais de l'affichage et lors des réunions d'équipe. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et des actions est aussi réalisée en direction des usagers et de la CRUQ



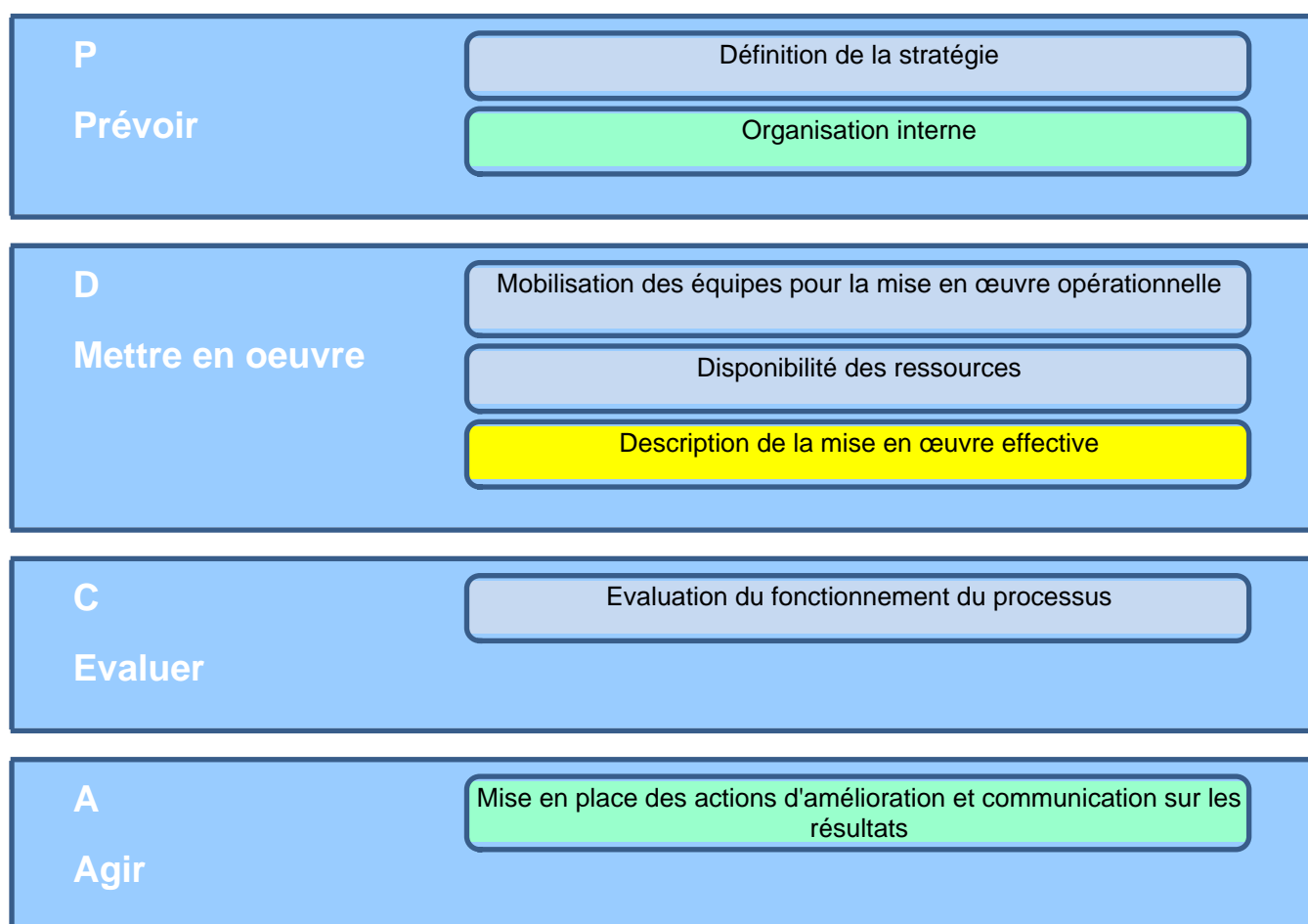
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

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

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée dans un document décrivant l'organisation de la prise en charge médicamenteuse et dans l'axe sécurité du patient de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La politique intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé. Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins et ses risques au travers d'une cartographie des risques a priori, des déclarations et des analyses des événements indésirables, des EPP et audits et des retours d'expériences. L'établissement a par ailleurs identifié ses médicaments à risque. Une autoévaluation du circuit du médicament a été réalisée en 2013 et 2015 en association avec les professionnels via l'outil "Interdiag".

Une hiérarchisation des risques établie avec les professionnels concernés selon une méthode préconisée par la HAS a permis l'élaboration d'un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse priorisé.

Cette stratégie, présentée et validée par la CME, est déclinée dans un plan d'actions formalisé et priorisé. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances et modalités de suivi. Le compte qualité reporte les objectifs et actions prioritaires de ce plan. Le plan d'actions suivi par le pilote et le CLIN/COMEDIMS est intégré très récemment (septembre 2015) dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins global et unique, en cours de finalisation.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par le président de CME, responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse, assisté par deux copilotes : la responsable qualité et une infirmière. Leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans une fiche de mission. Pour le pilotage de ce processus, ils s'appuient sur le CLIN/COMEDIMS. Le document d'organisation de la prise en charge médicamenteuse définit le rôle et les responsabilités du responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse ainsi que ceux des professionnels qui interviennent dans ce processus. Les prescripteurs habilités sont identifiés.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines : 3 infirmières sont identifiées pour relayer la politique et la mise en œuvre de la démarche qualité au sein des unités de soins. Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels sont prévues, les nouveaux personnels sont tutorés, une procédure d'accueil et d'accompagnement est formalisée.

L'établissement a établi une convention avec une pharmacie d'officine pour la dispensation des médicaments. La permanence pharmaceutique 24h/24 est organisée.

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse décrit l'ensemble des étapes du processus. Les procédures et protocoles nécessaires à sa mise en œuvre sont formalisés et mis à disposition des professionnels via intranet. Il existe des règles et des supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs.

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels. Un dispositif d'information écrite des patients sur sa prise en charge médicamenteuse est en place.

Les ressources matérielles sont disponibles : ordinateurs, tablettes, WIFI..., les locaux et les armoires à pharmacie sont sécurisés.

Il existe un dossier patient informatisé permettant la prescription et la traçabilité de l'administration sur un support unique.

En l'absence de passerelle entre le logiciel de l'établissement et celui de la pharmacie d'officine, les prescriptions médicales sont éditées et faxées au pharmacien pour analyse pharmaceutique et délivrance des médicaments.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La collaboration et la coordination avec la pharmacie d'officine est effective.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse, en lien avec les 3 infirmières référentes, assurent la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et du plan d'actions au sein des services. Les professionnels sont informés et sensibilisés sur les objectifs au travers des réunions de service, staffs, comptes-rendus du

CLIN/COMEDIMS, flash info qualité... Les professionnels sont impliqués dans la déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses et dans les évaluations des pratiques professionnelles et audits. Un contrôle aléatoire des piluliers, réalisé par les professionnels soignants est réalisé à périodicité définie. Les professionnels sont informés des résultats et des actions correctives identifiées et mises en oeuvre en cas de besoin.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources est effective : 3 infirmières sont identifiées comme référente pharmacie. Le pharmacien d'officine est très présent au sein de l'établissement et au travers de sa participation au sein du CLIN/COMEDIMS.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et formés au risque médicamenteux par le responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse. Un diaporama leur est présenté notamment sur les risques du processus et le retour d'expérience suite à l'analyse des erreurs médicamenteuses déclarées.

Des documents d'aides à la prescription et à l'administration sont disponibles pour les professionnels : banque de données sur les médicaments, liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé, recommandations pour l'écrasement des comprimés et des gélules, bon usage des antibiotiques, procédure de vérification du chariot d'urgence ...). Des documents d'information et d'éducation sur leurs traitements sont délivrés aux patients (plaquettes, brochures, carnet de suivi dans le cadre des programmes et ateliers thérapeutiques...).

Les protocoles et procédures formalisant le circuit du médicament à toutes ses étapes sont disponibles via intranet, régulièrement actualisés et connus des professionnels.

Le matériel et les équipements (ordinateurs, armoires à pharmacie, chariot d'urgence, défibrillateurs ....) font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

Des ordinateurs et des tablettes sont mis à disposition des professionnels dans tous les secteurs d'activité. Les salles de soins, les armoires à pharmacie, les chariots de distribution des médicaments et d'urgence sont sécurisées.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient comme en attestent les observations réalisées lors des 2 patients traceurs. Dès son admission, la prise en compte du traitement personnel du patient est effective, intégré dans les prescriptions médicales transmises au pharmacien pour l'analyse pharmaceutique complète et délivrance de l'ordonnance dans son intégralité. La réévaluation des antibiothérapies entre la 24 et 72ème heure est assurée et tracée dans le logiciel. Les prescriptions médicamenteuses sont conformes aux règles formalisées et à la réglementation, elles sont toutes tracées dans le dossier patient informatisé.

Le principe d'autonomie pour la gestion de son traitement est une priorité de l'établissement dans le cadre de son projet thérapeutique. Une évaluation de ses capacités d'autonomie est réalisée et tracée dans le dossier à son admission. L'information et l'éducation du patient sont réalisées oralement et au travers de documents qui lui sont remis pour l'accompagner dans la gestion et la compréhension de son traitement. Lorsqu'ils ne sont pas évalués comme apte à gérer leur pilulier, l'administration des médicaments est assurée par les infirmiers.

Une dotation de médicaments par l'établissement permet la réponse aux demandes urgentes. En dehors des heures ouvrables de la pharmacie d'officine, les coordonnées de la pharmacie de garde sont communiqués à l'établissement.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont appliquées notamment pour l'acheminement des médicaments thermosensibles et les médicaments à risque (insulines, anticoagulants). Les chariots d'urgence sont opérationnels et maintenus. Le contrôle des péremptions des médicaments est organisé et tracé.

Les piluliers sont préparés la nuit par une infirmière, un double contrôle est effectué par l'infirmière en poste du matin avant l'administration ou la distribution des piluliers pour les patients autonomes. Les anticoagulants oraux, identifiés comme médicaments à risque sont gérés spécifiquement dans le pilulier. Toutefois, les modalités assurant la sécurisation de l'administration des médicaments ne sont pas totalement assurées. En effet, certains médicaments sont déblistérés ou découpés par l'infirmière de nuit qui prépare les piluliers. Ces médicaments ne sont plus identifiables par l'infirmier qui procède à leur administration.

La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel pour les patients dont la gestion des traitements est assurée par les infirmiers. La traçabilité de la distribution des piluliers est assurée pour la journée au moment de leur remise aux patients. Des contrôles sont réalisés à plusieurs moments dans la journée pour s'assurer de la bonne observance du traitement par le patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus au travers :

- des EPP et d'audits (auto-évaluation du circuit du médicament avec l'outil interdiag sur l'ensemble des étapes dont la qualité de l'administration réalisée en 2013 et 2015, traçabilité de la réévaluation des antibiotiques, contrôles aléatoire des piluliers),
- de la consommation des antibiotiques,
- de l'analyse et du retour d'expérience des erreurs médicamenteuses.

Des indicateurs sont suivis par le CLIN/COMEDIMS. Un bilan d'activité de cette instance est réalisé annuellement permettant une exploitation des résultats et la définition d'actions d'amélioration.

## A / AGIR

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

Suite aux résultats des évaluations, les actions d'amélioration identifiées sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du processus. Elles sont mises en œuvre avec l'implication des professionnels associés pleinement dans la démarche d'amélioration continue du processus. Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins global et unique, récemment créé, intègre progressivement les actions d'amélioration relatives au processus "management de la prise en charge médicamenteuse".

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Des actions de communication sont mises en œuvre : communication des résultats et des retours d'expérience par le pilote du processus, comptes-rendus des évaluations et des réunions des instances via intranet, diffusion d'un flash info. L'affichage obligatoire des indicateurs est respecté.