




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
INSTITUT DE MEDECINE
PHYSIQUE ET DE INSTITUT
DE MEDECINE PHYSIQUE ET
DE READAPTATION DU BOIS
DE LEBISEY - HEROUVILLE
SAINT CLAIR

Quartier du bois - allée des boiselles
Bp 2
14201 HEROUVILLE ST CLAIR
JUILLET 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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
ANNEXE	36

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

INSTITUT DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DU BOIS DE LEBISEY - HEROUVILLE SAINT CLAIR	
Adresse	Quartier du bois - allée des boiselles
Département / région	14201 HEROUVILLE ST CLAIR CALVADOS / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	610787285	ASSOCIATION PIERRE NOAL	17 avenue du docteur jacques aimez Bp 12 61140 BAGNOLES DE L ORNE
Etablissement de santé	140017278	INSTITUT DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DU BOIS DE LEBISEY - HEROUVILLE SAINT CLAIR	Quartier du bois - allée des boiselles Bp 2 14201 HEROUVILLE ST CLAIR

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	63

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention avec le CH Aunay sur odon - Convention avec Le Normandy - Convention de partenariat avec HAD Croix rouge Française - Convention de partenariat avec la Pharmacie du Long cours à Louvigny - Convention de partenariat avec l'AFTC du calvados - Convention de fonctionnement avec l'Association Marie Ange Mottier « La Clairière » - Convention constitutive avec le RSVA - Convention partenariale avec le Foyer soleil - Convention avec la ville d'Hérouville Saint Clair (CCAS)
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Augmentation du nombre de places (+10) depuis 2012

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

L'établissement est exempté du recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

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 ambulatoire	appareil locomoteur	Programmé	Ayant de la balnéothérapie	SSR
2	Adulte ou personne âgée	SSR ambulatoire	neurologie	Programmé	//	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

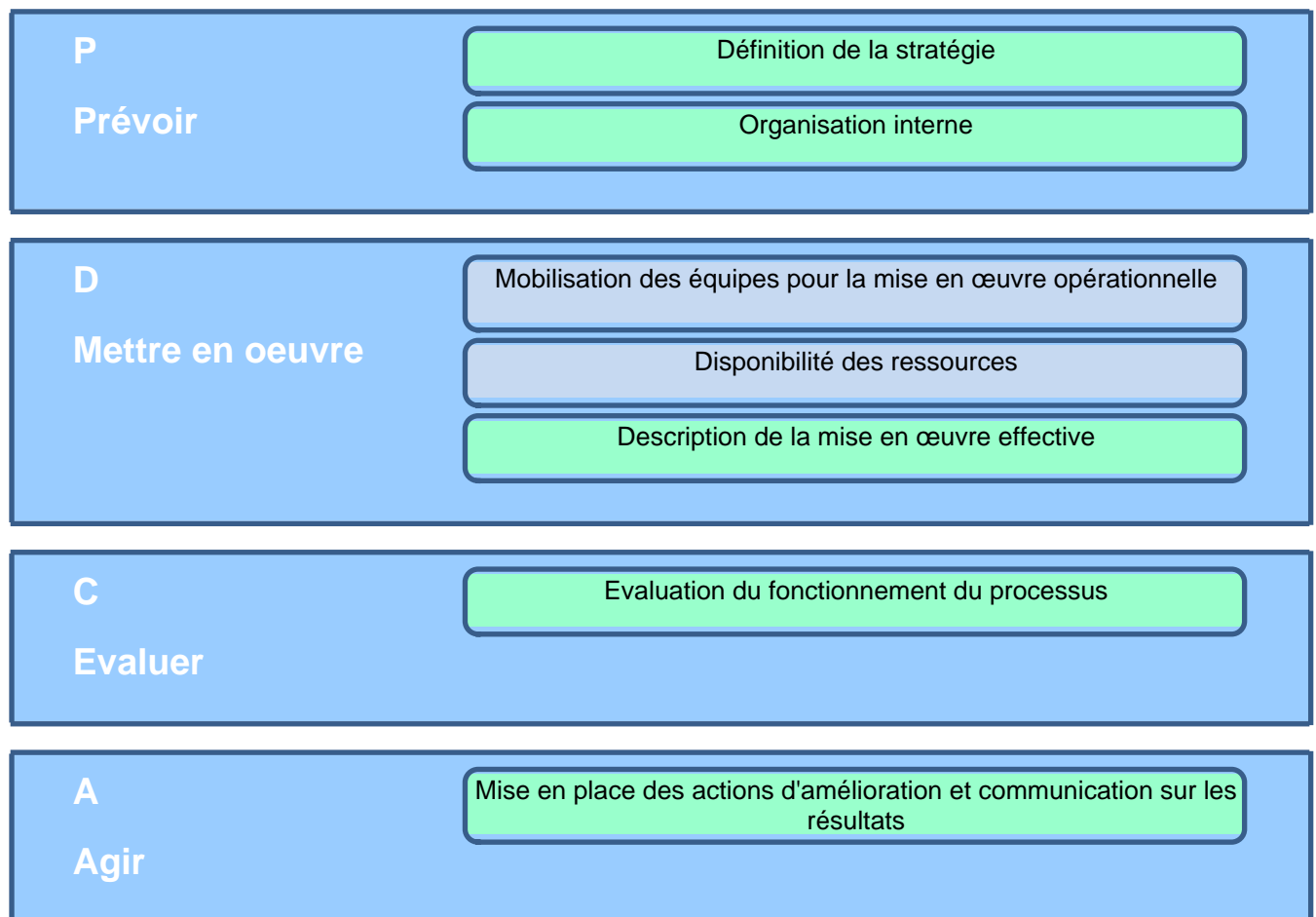
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins élaborée par le directeur adjoint qualité et la direction de l'IMPR et la politique spécifique des EPP définie par la Cellule de Gestion des EPP (CGEPP) ont été validées au niveau institutionnel par la CME, le COPIL, le CA.

Ces documents décrivent l'organisation, le fonctionnement et les grands objectifs généraux de la démarche qualité gestion des risques de l'établissement.

L'analyse des besoins et des risques propres à l'établissement ont été réalisés dans le cadre d'une démarche participative des professionnels de l'établissement, encadrée par le directeur qualité, les pilotes des processus et les présidents des instances. Les objectifs opérationnels qui s'y sont dégagés ont été formalisés dans le programme qualité et risques de l'établissement (PQR) 2012-2015 de l'établissement. Ils sont déclinés en plans d'action dans le PAQ institutionnel. Le PQR et le PAQ ont été validés en COPIL, ils sont actualisés annuellement. Les objectifs à atteindre fixés dans le PQR sont assortis d'indicateurs de suivi.

Le PAQ regroupe les plans d'action des groupes thématiques, des Instances, des EPP, des actions suite aux fiches d'évènements indésirables (EI) et de la certification antérieure. Les responsables et les échéances sont identifiés.

Les risques pour le compte qualité ont été choisis par le directeur qualité en collaboration avec les pilotes des thématiques et les Présidents des instances à partir de la cartographie des risques et des actions prioritaires du PAQ de l'établissement. La CRUQPC en a été informée et sollicitée, un représentant des usagers a été volontaire pour être copilote pour la thématique « Droits des patients » en vue de la certification V2014.

ORGANISATION INTERNE

L'organigramme fonctionnel de la démarche qualité et risques synthétise l'organisation. Celle-ci repose sur le COPIL, instance stratégique et pluridisciplinaire qui définit les objectifs institutionnels prioritaires en s'appuyant sur les programmes des instances, du COVIRISQ, de la CGEPP et des groupes thématiques de l'établissement.

Le COVIRIS, instance opérationnelle, a pour mission d'étudier les fiches EI, de suivre les programmes des maintenances, les alertes ascendantes et descendantes des vigilances.

La CGEPP est une instance chargée du suivi de l'avancement des EPP de l'établissement et du choix des EPP.

Trois groupes thématiques (dont un divisé en 3 sous-groupes) en place depuis la 2ème version de la certification, des groupes pour chaque EPP créés après la V2010 assurent la mise en œuvre de la démarche aux côtés des instances (CLIN, CLUD, COMEDIMS, CGEPP).

Les animateurs des groupes de travail historiques sont naturellement devenus pilotes de la démarche en vue de la certification V2014 et des copilotes ont été désignés par l'établissement. Le Directeur Qualité, ancien cadre kinésithérapeute, est coordonnateur de la gestion des risques et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

La qualité et gestion des risques sont organisées par processus dont le découpage n'est pas superposable en tous points à celui de la HAS. Cependant, tous les processus définis par la HAS se retrouvent dans les processus de l'établissement. Chaque groupe thématique animé par le pilote et le copilote ainsi que les Instances animées par leurs Présidents se répartissent la responsabilité des processus. Les EPP sont suivies par la CGEPP.

Au regard de ses besoins et de ses risques identifiés, l'établissement prévoit des ressources humaines (directeur qualité, vigilants, pilotes) et des compétences nécessaires (à travers des formations internes et externes qualité et gestion des risques) pour atteindre ses objectifs. Les ressources documentaires sont structurées, intégralement informatisées, actualisées et intégrées dans le logiciel de gestion documentaire.

Cependant, les rôles et les responsabilités des professionnels référents de la qualité et de la gestion des risques (Directeur qualité, pilotes et copilotes, vigilants) ne sont pas formalisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de son activité de soins de suite en hospitalisation de jour, l'ensemble de l'établissement fonctionne pour la démarche qualité et gestion des risques comme un seul secteur d'activité.

Les cadres s'assurent de la mise en œuvre des actions d'amélioration conjointement avec les responsables des actions lorsqu'ils ne le sont pas eux mêmes.

Les groupes thématiques pérennes et pluri professionnels et les groupes EPP œuvrent à côté des

instances pour l'élaboration des documents qualité, proposition d'actions d'amélioration en fonction des résultats des évaluations et des indicateurs, identification des risques liés aux processus. Deux tiers des professionnels participent soit à un groupe thématique soit à une instance. Chaque action a un responsable et est mise en œuvre par les professionnels concernés. Le suivi de l'état d'avancement des actions est assuré par le Directeur qualité avec les pilotes des groupes thématiques et les Présidents des instances. Ces entités opérationnelles disposant d'un plan d'action qui leur est propre et qui est remonté dans le PAQ institutionnel. Des temps dédiés à la qualité sont utilisés par chaque cadre (kinésithérapeute, ergothérapeute) lors des réunions de service (par catégorie professionnelle).

Les professionnels ont été impliqués dans l'élaboration du compte qualité, cependant le compte qualité est pour le moment un outil qui en routine est utilisé seulement par la direction qualité. Son appropriation est inégale parmi les pilotes et copilotes. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est opérationnel. Les cartographies des risques associés aux soins, des risques généraux et des risques professionnels ont été élaborées par le directeur qualité et les pilotes des groupes thématiques. Elles ont été soumises aux professionnels des groupes thématiques et des instances en 2012 et depuis sont actualisées au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions de maîtrise. Une nouvelle version, éventuellement enrichie de nouveaux risques est réalisée annuellement. Les risques pour le compte qualité ont été choisis par le directeur qualité et les pilotes et copilotes des groupes et des instances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion documentaire qualité est intégralement dématérialisée. Elle est à disposition des professionnels dans le logiciel dédié qui est alimenté de procédures, protocoles, documents d'enregistrements actualisés, connus et appliqués par les professionnels.

La documentation pour la méthodologie qualité et la veille règlementaire sont implémentées directement dans le logiciel qualité grâce à un abonnement auprès d'un éditeur spécialisé.

Des formations externes à la méthodologie d'analyse des causes ORION, CREX, facteur humain ont été suivies depuis fin 2014 par le directeur qualité, le cadre kiné, la cadre ergothérapeute, la pharmacienne, le médecin président du CLIN.

Les lundis et les mardis, un temps institutionnel qualité de 45 min est inclus dans le temps de travail pour tous les professionnels. Ce temps est utilisé pour des réunions plénières lors desquelles l'ensemble des professionnels bénéficie de retours sur les congrès, des communications sur les résultats des EPP, des indicateurs, de l'état d'avancement de la démarche QGDR. Les formations à la méthodologie qualité et à la gestion des risques et autres formations internes, les réunions des groupes thématiques ont également lieu durant ce temps dédié. Les réunions des instances ont lieu le vendredi. Toutes ces réunions sont planifiées à l'avance, les professionnels souhaitant animer les réunions institutionnelles s'inscrivant sur un outil informatique partagé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques.

Chaque professionnel a un compte dans le logiciel qualité. Lors de la connexion les nouveaux documents lui sont signalés. Le professionnel emmarge informatiquement d'en avoir pris connaissance et peut faire des remarques en ligne sur la qualité du document. Une veille est organisée relative à l'émargement et des rappels peuvent être effectués par la direction.

La procédure décrivant la gestion des EI, intégrant le dispositif de gestion des EI graves comme le dommage lié aux soins, est connue et appliquée par les professionnels.

La déclaration faite via le logiciel qualité est reçue par la directrice de l'établissement et le directeur qualité qui génèrent une fiche action. Ils la transmettent à une personne ressource qui sera responsable de l'action d'amélioration le cas échéant.

Les analyses des causes avec des méthodes d'analyse des causes sont à leurs débuts, les professionnels ont cité un seul cas d'analyse avec la méthode ORION. Dans l'ensemble même si l'opérationnalité du système est effective, l'établissement considère qu'il y a sous déclaration des événements indésirables (EI). En effet, les EI qui reçoivent une action correctrice immédiate sont peu déclarés. Les presque accidents ne sont jamais déclarés.

Le plan blanc a été actualisé et un exercice de crise a été effectué fin 2015.

Deux tiers des professionnels font partie soit d'un groupe thématique soit d'une instance.

Les professionnels ont été nombreux à participer aux rencontres de terrain avec les experts visiteurs. Les échanges ont permis de mettre en évidence leur connaissance des dispositifs qualité gestion des risques de l'établissement et leur implication dans la mise en œuvre.

La CRUQPC est composée et fonctionne selon la réglementation. 4 représentants des usagers, membres de différentes associations (UDAF, APF, MARFAN ASMA, AFSEP) y siègent. A chaque réunion sont analysées les plaintes et réclamations, les FEI en lien avec les patients, les demandes d'accès au dossier patient. La CRUQPC est particulièrement impliquée dans la vie de l'établissement : un représentant des usagers a été associé à l'analyse du processus Droits des patients et à l'élaboration du compte qualité pour cette thématique. Elle émet des recommandations comme par exemple l'amélioration des délais de réponses aux demandes de dossiers médicaux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le directeur qualité présente annuellement en COPIL le bilan annuel de la démarche qualité et gestion des risques. Chaque processus défini par l'établissement est assorti d'indicateurs dont l'évolution est suivie d'une année sur l'autre et des actions d'amélioration sont mises en œuvre lorsque la valeur de l'indicateur est insatisfaisante. Les résultats des questionnaires de satisfaction, du suivi des réclamations sont intégrés dans le rapport de la CRUQPC qui est présenté à la CME et au COPIL. Le bilan des fiches EI est réalisé quantitativement et par typologie par le directeur Qualité et est présenté en COVIRIS et en CRUQPC.

A / AGIR

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

En fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, les plans d'actions d'amélioration sont réajustés par les groupes thématiques et les instances. Ils sont intégrés et articulés avec le programme d'actions institutionnel. Ils sont croisés avec le diagnostic établi à partir des cartographies élaborées. Le document unique donne lieu à des améliorations sur la qualité de vie au travail.

La CRUQPC est informée des données relatives aux réclamations, à la satisfaction des usagers à l'accès du patient à son dossier et de toutes les fiches EI relatives aux patients. L'avancement des actions d'amélioration en lien avec ces sujets est présenté à chaque CRUQPC.

La communication des résultats des actions d'amélioration est réalisée auprès des instances concernées et auprès de tous les professionnels lors des réunions dédiées. Lors de ces réunions le compte qualité a été présenté.

Les résultats des IPAQSS, ICALIN et des questionnaires de satisfaction sont affichés sur un panneau dans le hall d'entrée de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et les responsabilités des professionnels référents de la qualité et de la gestion des risques (Directeur qualité, pilotes et copilotes, vigilants) ne sont pas formalisés. Il n'existe pas de fiches de mission et de référence aux missions QGDR dans les fiches de poste des professionnels.	1e
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ont été inégalement impliqués dans l'élaboration du compte qualité. Les pilotes et copilotes rencontrés connaissent inégalement les risques et les actions du compte qualité. L'articulation entre les risques, le PAQ institutionnel et le compte qualité est inégalement connu. Le compte qualité est pour le moment un outil utilisé par la direction.	1e
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les presque accidents ne sont jamais déclarés. La typologie et l'analyse des FEI dans le bilan annuel ne fait pas référence aux presque accidents et les professionnels rencontrés ont tous affirmé ne pas les déclarer.	8f

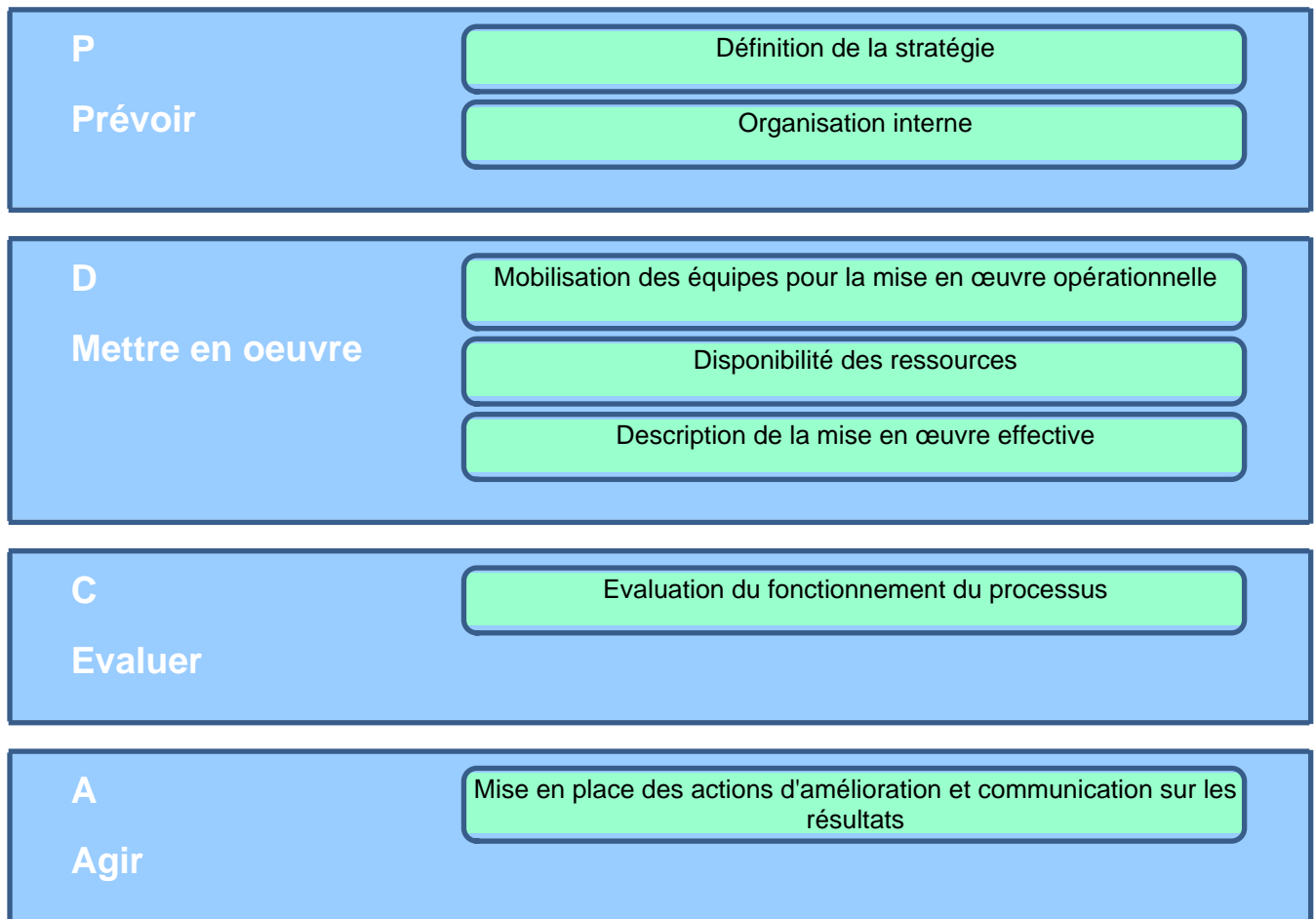
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique générale des droits du patient s'appuie sur les valeurs de la FEHAP et de l'association Pierre Noal. La procédure « Droits des patients » liste les droits des patients et certaines conduites à tenir en lien avec les prises en charge effectuées dans l'établissement. Les risques a priori ont été identifiés et priorisés à la fin de ce document, des actions de maîtrise ont été définies.

Le plan d'action qualité sur la thématique droits du patient a été élaboré à partir de ces travaux par un groupe pluri professionnel. Il comporte les objectifs, les responsables et les échéances de réalisation prévisionnelles et réelles des actions. Les résultats issus de l'exploitation des questionnaires de sortie ont été pris en considération. Les risques et les actions prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité. Un représentant des usagers a été associé à ce choix.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par la directrice de l'établissement et le cadre kinésithérapeute. Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formalisés dans des fiches de mission. Toutes les prises en charge ont lieu en hôpital de jour, les patients sont présents sur des demi journées une ou plusieurs fois par semaine durant plusieurs semaines, en fonction de l'évolution de leur état de santé. A partir de 18h et jusqu'au lendemain matin l'établissement est fermé, il n'y a pas de chambres, seulement des box individuels pour les soins et des cabinets pour les entretiens médicaux, psychologue, assistante sociale, Un représentant des usagers a été associé à l'étude de la thématique et au choix des risques et actions pour le compte qualité.

Les ressources humaines et matérielles sont en adéquation avec les besoins.

L'organisation de la prise en charge, fondée majoritairement sur des soins en groupe, favorise la visibilité de la relation soignant soigné.

L'évaluation médicale de l'état de santé, les entretiens avec la psychologue, l'assistante sociale sont réalisés dans les cabinets des professionnels.

Les locaux construits récemment sont dotés de toutes les utilités nécessaires pour l'accueil des personnes à mobilité réduite. Les prises en charge rééducatives individuelles dans des box prévus à cet effet s'effectuent soit sur prescription médicale, soit à la demande des patients. Ainsi, l'organisation institutionnelle définie permet le respect de la confidentialité des informations et de l'intimité du patient.

Il existe un formulaire permettant le recueil du consentement du patient à son projet thérapeutique.

L'information du patient sur son séjour, son état de santé, ses traitements et en cas de dommage lié aux soins est organisée.

L'accueil de l'entourage est organisé et un local dédié leur permet de participer aux réunions de synthèse pluridisciplinaire. La prise en compte des "attentes du patient et de son entourage" a été formalisée.

Concernant les contentions, une réflexion a eu lieu au niveau institutionnel qui a conduit à l'élaboration d'une conduite à tenir et d'un consensus, formalisé dans la procédure "Droits des patients".

Cependant, le plan de formation ne prévoit que peu de formation interne ou externe sur les droits des patients en lien avec les spécificités de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes de la thématique et un des groupes thématiques sur la prise en charge des patients accompagnés par le directeur qualité définissent le plan d'action institutionnel compte tenu des risques et besoins identifiés. Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients lors de la restitution des résultats de l'évaluation sur la charte du patient et des résultats des questionnaires de satisfaction. Il s'agit notamment de l'information donnée au patient sur son état de santé, désignation de la personne de confiance, consentement éclairé pour les situations particulières. L'ensemble de l'établissement fonctionne comme un seul secteur d'activité et les professionnels concernés mettent en œuvre les actions d'amélioration. Chaque action a un responsable identifié.

Les risques potentiels en lien avec les attentes du patient et de son entourage et les actions correctives ont été identifiés par les professionnels d'un autre groupe thématique (MANRH). Une réflexion aboutie a eu lieu sur les situations nécessitant des contentions.

Le signalement des événements indésirables (EI) notamment les déclarations de chute se font via l'outil informatique. Toutes les fiches d'EI en lien avec les patients sont portés à la connaissance de la CRUQPC qui participe au choix des actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et équipements sont suffisants en nombre pour que tous les patients bénéficient du respect de leur intimité et de la confidentialité des échanges en cas de besoin. Chaque médecin dispose d'un cabinet de consultation qui lui est propre, il en est de même pour l'assistante sociale, la psychologue, les IDE. Plusieurs box permettent aux autres catégories professionnelles de réaliser des soins individuels en cas de besoin. La gestion documentaire informatisée met à disposition des professionnels des ressources documentaires internes nécessaires dans le processus de prise en charge : protocoles, procédures documents d'enregistrement. La veille réglementaire est assurée et des documents commentés sur différents sujets relatifs aux droits des patients sont accessibles dans le logiciel qualité grâce à un abonnement auprès d'un éditeur spécialisé qui les implémente directement dans l'outil. Une démarche à la fois évaluative et formative est réalisée à travers un questionnaire sur la charte du patient hospitalisé réalisée par 20 professionnels tous les 2 ans. Une communication en réunion institutionnelle sur le dossier patient et l'accès aux données a été réalisée le 8 juin 2015. Les autres formations externes et internes sur les droits des patients sont ponctuelles. Une formation sur la bientraitance pour deux personnes est programmée en 2016.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement est attentif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance tout au long de la prise en charge sans qu'il y est de plan d'action formalisé spécifique pour ce point précis. L'intimité et la dignité du patient est respectée lors de tous les soins et des situations qui le requièrent. La confidentialité des informations est respectée tout au long de la prise en charge. L'accès au dossier patient intégralement informatisé s'effectue à l'aide des mots de passe.

Habituellement il n'y a pas de repas servi dans l'établissement, les séances de rééducation s'étalant sur des demi-journées. Dans les rares cas où un repas est servi, sa composition tient compte des régimes alimentaires et des croyances du patient.

Les équipes mettent en œuvre les dispositifs et actions définis institutionnellement.

Ainsi le recueil de la personne de confiance, de la personne à prévenir, du consentement au projet thérapeutique, du consentement éclairé du patient pour des soins particuliers comme la mésothérapie, la toxine botulique, le refus de soins sont mis en œuvre sur des supports dédiés.

L'information du patient sur son état de santé, ses traitements et en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier patient.

Un certificat d'autorisation de soins pour les patients mineurs et les majeurs sous tutelle est également utilisé.

Une réflexion a eu lieu au niveau institutionnel, la contention est une mesure exceptionnelle pour les patients à risque de chute. Les patients ayant des troubles cognitifs bénéficient seulement d'une surveillance accrue.

L'information du patient en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier par le médecin et une déclaration est faite via les fiches d'EI.

Le livret d'accueil est remis au patient à son entrée. La charte de la personne hospitalisée y figure et est affichée à l'accueil et dans les lieux de prise en charge des patients. A l'accueil, un porte document permet de diffuser des documents d'information du Collectif Interassociatif sur la Santé concernant "l'accès au dossier médical et aux Informations de santé", la CRUQPC. Les coordonnées des représentants des usagers sont affichés dans le Hall d'accueil.

L'entourage du patient est accueilli et pris en compte par les professionnels et des soutiens peuvent être apportés dans des situations particulières par l'équipe médicale, soignante ou la psychologue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'indicateurs. La fiche de recueil du consentement au projet thérapeutique est donnée à chaque patient, l'indicateur taux de retour a été mis en place en 2012.

Le pourcentage de bonnes réponses des professionnels à l'évaluation des connaissances sur la charte du patient hospitalisé est suivi depuis plusieurs années.

Les questionnaires de sortie sont analysés et le bilan est présenté en CRUQPC. L'instance est également informée de toutes les fiches d'EI en lien avec les patients et suit leur bilan.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite à l'exploitation des questionnaires satisfaction en lien avec la CRUQPC. Ainsi, le questionnaire a été modifié à la suggestion de l'Instance pour avoir plus d'information quant à la satisfaction des patients au regard du respect de l'intimité et de la dignité. Les

remarques en texte libre sont prises en considération et donnent lieu à des actions d'amélioration.
Les actions d'amélioration décidées suite aux FEI est réalisé en CRUQPC jusqu'à résolution définitive du problème.
Les résultats des questionnaires de satisfaction, des IQSS.
Les résultats des indicateurs et les actions d'amélioration sont communiqués à l'ensemble des professionnels lors des réunions institutionnelles.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formalisés. Il n'existe pas de fiche de mission spécifique, les fiches de poste ne font pas référence aux missions de pilote.	1d
	PS	Peu de formation sur les droits des patients en lien avec les spécificités de l'établissement sont prévues. Le plan de formation prévoit que peu de formation interne et externe sur les droits des patients.	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

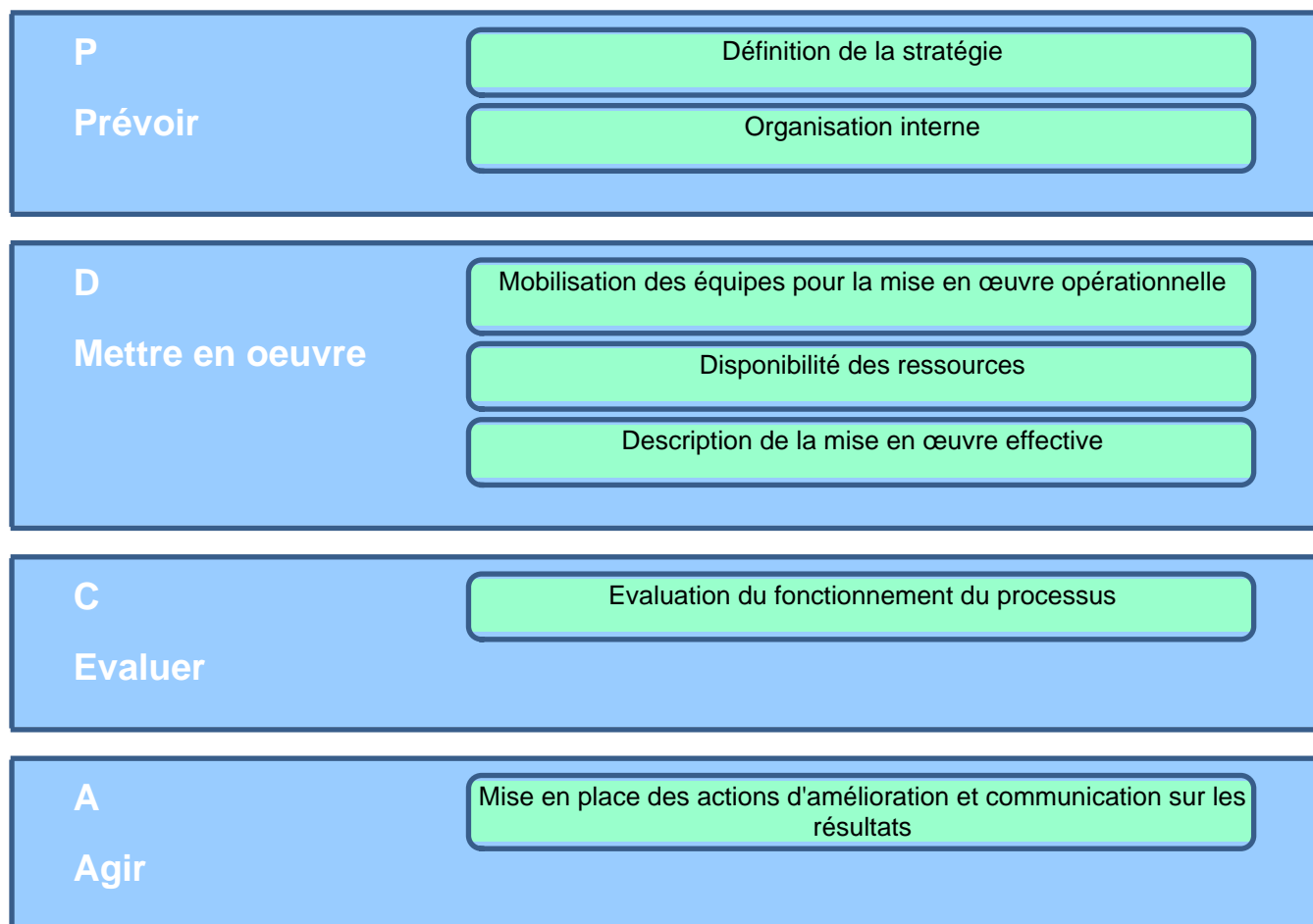
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques suite à des évaluations internes et au suivi d'indicateurs menés par les différents professionnels. Les risques ont été identifiés analysés avec une évaluation de leur criticité. Au regard de chacun de ces risques une stratégie a été mise en place par les professionnels. Dans le compte qualité on retrouve une description des risques et un dispositif de maîtrise du risque. On ne retrouve pas toujours un plan d'action ni d'échéancier. La stratégie est retrouvée dans les objectifs du programme qualité dans les groupes thématiques prise en charge du patient, CLIN, CLUD. La thématique parcours du patient est fractionnée dans plusieurs processus. On ne retrouve pas de stratégie globale du parcours patient, mais des stratégies en fonction des différents processus du parcours. Pour chacune des stratégies décrites dans les processus des objectifs précis et mesurables sont définis. Ces stratégies ont été validées par les instances concernées. Elles sont déclinées dans le programme d'actions qui centralise l'ensemble des plans d'action.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les pilotes ont été proposés par la direction et validés par les professionnels. Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. On ne retrouve pas dans la fiche de poste la mention de pilote de la thématique parcours patient. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis les ressources humaines nécessaires. Les locaux sont récents et parfaitement adaptés aux missions de l'établissement. Les équipements rendent pleinement satisfaction aux professionnels. Chaque demande de nouveau matériel est analysée par la direction. Les postes informatiques sont nombreux (un poste par professionnel) et les logiciels adaptés et en réseau permettent une évolution du dossier partagé en temps réel. Les maintenances sont organisées tant pour le matériel médical que pour le matériel informatique. Les procédures nécessaires à la prise en charge des patients sont intégrées dans la gestion documentaire qui est centralisée et organisée sur informatique, elle est sous la responsabilité du qualitatif. Les circuits et interfaces sont parfaitement identifiés et connus des professionnels. A l'issue de la première consultation un projet thérapeutique est élaboré comprenant le nombre de séances, les jours et heure des séances, les noms des différents référents kinésithérapeutes ergothérapeutes et autres paramédicaux. L'organisation de chaque séance est planifiée il n'existe aucun temps mort lors des différentes interventions. La coordination des soins est facilitée par l'outil informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilote de la thématique organise la déclinaison de la démarche institutionnelle auprès des professionnels du secteur d'activité. Lors des réunions institutionnelles hebdomadaires le pilote donne aux professionnels les axes de travail et les objectifs pour permettre l'amélioration de la thématique. Les référents des différents professionnels (kinésithérapeutes ergothérapeutes) du secteur sensibilisent les équipes sur les risques identifiés et communiquent aussi sur les résultats obtenus. Le pilote s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Pour cette thématique 23 indicateurs sont en place ainsi que 6 EPP. Le suivi des indicateurs et des EPP permettent d'évaluer les pratiques professionnelles. Compte tenu de la petite taille de l'établissement des temps hebdomadaires dédiés à la qualité et de l'implication des professionnels ils sont tous informés des résultats. Les dysfonctionnements seront identifiés par les fiches d'EI, la baisse des indicateurs est repérée par le qualitatif. Ces modifications sont transmises au pilote pour mettre en place avec les professionnels des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont suffisants pour assurer les missions. Un ajustement est possible suite à l'analyse des risques. L'embauche d'un aide-soignant supplémentaire a été faite suite à l'analyse du risque de chute. Le budget consacré aux formations est supérieur au minimum légal. Les locaux sont récents. Ils sont conformes, adaptés à la prise en charge. Les salles d'examen et les salles de soins ainsi que le bassin de balnéothérapie sont adaptés. Un chariot d'urgence est en place dans le service et un autre près du bassin de balnéothérapie. Les chariots d'urgence sont complets et sécurisés. Une équipe de nettoyage assure tous les soirs l'entretien des locaux et du matériel.

Les documents informatiques liés aux activités sont centralisés sur le logiciel de gestion documentaire. D'autres bases de documentation sont accessibles par internet, les accès sont connus des professionnels.

Chaque professionnel à un droit d'accès. Les documents professionnels papiers communs à une profession sont retrouvés dans les lieux de staff de chacune des professions. Les documents professionnels personnels (revues professionnelles) sont retrouvés dans chacun des bureaux.

L'outil informatique est déployé dans tous les secteurs de l'établissement. Il existe en moyenne plus d'un poste par professionnel tous secteurs de l'établissement confondus. Un ingénieur informatique attaché à la structure permet d'assurer le fonctionnement, les formations et la maintenance. Les professionnels rencontrés sont tous très à l'aise l'outil, connaissent parfaitement l'utilisation des différents logiciels mis à disposition.

Une procédure est en place pour l'accueil et l'intégration des professionnels et une autre pour l'accueil des stagiaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'activité de l'établissement est basée uniquement sur de la rééducation réadaptation en hôpital de jour. L'organisation est faite pour que le patient puisse bénéficier des prestations prescrites en une demi-journée. Cette prise en charge nécessite une organisation parfaite de la gestion des patients, des professionnels et du matériel et des locaux pour éviter tous les temps morts. Les professionnels du secteur d'activité connaissent, mettent en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement.

Toutes les entrées sont programmées. Elles font suite à des demandes (par l'outil trajectoire) de chirurgiens avant même l'intervention, ou suite à des demandes de spécialistes (neurologues) mais aussi par des médecins généralistes pour des prises en charge difficile en libéral.

Lors de sa première arrivée après les formalités administratives faites dans un bureau par une secrétaire d'admission, le patient est examiné par un médecin qui fait son évaluation initiale et propose un projet thérapeutique validé par le patient. Ce projet contient les différents professionnels intervenant dans la prise en charge (Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistante sociale). Le projet précise le nombre de séances, les jours d'intervention, les horaires d'intervention des différents professionnels.

Lors des séances ultérieures la secrétaire d'accueil donne à chaque patient le programme de la journée avec les intervenants et le lieu d'intervention.

Les interfaces entre les différents professionnels sont très opérationnelles. Chaque professionnel trace en temps réel le compte rendu de son intervention, permettant ainsi une parfaite coordination et continuité des soins.

Le dépistage des troubles nutritionnels fait partie du bilan d'entrée et de suivi. Les différents éléments sont tracés dans le dossier informatique dans des onglets spécifiques. La psychologue du service est alertée pour les patients annoncés ou repérés à risque suicidaire et son intervention est tracée dans le dossier informatique. L'éducation thérapeutique fait partie de grands nombres des prises en charge, plusieurs programmes sont développés en interne, à défaut en interne les patients seront adressés sur d'autres dispositifs externes.

La sortie est anticipée au moins 15 jours avant l'arrêt des soins. Elle est annoncée au patient et l'organisation du suivi se met en place avec l'intervention des référents de la patiente, de l'assistante sociale. Le jour de la sortie le patient dispose de l'ensemble des documents nécessaires pour la poursuite des soins au domicile, mais aussi les dates de ses rendez-vous ultérieurs. Le courrier médical de sortie est dicté le jour de la sortie et parvient aux différents partenaires médicaux dans les trois jours après la sortie. Il comporte un item sur l'absence de prescription médicamenteuse à la sortie ce qui représente 72 % de la sortie.

Pour les urgences au sein de l'établissement, les alarmes de sécurité en balnéothérapie sonnent sur le téléphone du médecin responsable de l'établissement et sur celui de l'interne et en cas de non réponse sur le téléphone de tous les autres médecins. Les chariots d'urgence sont contrôlés avec une traçabilité de ce contrôle. Les règles de présence ne sont mises en place que pour la journée puisque l'établissement est un hôpital de jour avec aucun patient le week-end et la nuit. Pour la période du repas une astreinte est organisée entre les médecins dans l'éventualité où un patient serait encore dans l'établissement et ferait un accident aigu, les alarmes sont dirigées sur le médecin d'astreinte.

Dans l'établissement il n'existe pas de contention à visée "restriction des mobilités" cependant à titre très exceptionnel et dans le but d'éviter le risque majeur de chutes entre deux soins et pour une durée très courte il est possible qu'une contention soit mise en place. Cette contention est faite sur prescription médicale pour au maximum une demi-journée le temps de la prise en soins et sera rediscutée lors d'une prochaine séance. Cette décision est encadrée par une procédure « gestions des mesures de liberté ».

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la thématique « parcours patient ». La thématique est évaluée par le suivi de 23 indicateurs et de 6 EPP ainsi que des indicateurs IPAQSS recueillis hors protocole. Le recueil et l'analyse des fiches d'EI permettent aussi le suivi de la mise en œuvre.

Cette évaluation est faite par le pilote aidé du qualitatif. La périodicité d'évaluation est liée au suivi de certains indicateurs mais a minima une fois par an. Les 4 risques identifiés sont traités par des plans d'actions et leur suivi est assuré par le pilote et le qualitatif.

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

Les actions mises en œuvre par processus de la thématique sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration concernent l'ensemble de la thématique. La communication des résultats est réalisée, en interne, auprès des professionnels lors des temps qualité du lundi et du mardi. Les résultats sont communiqués aux instances et aux usagers lors des réunions CRUQPC.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. On ne retrouve pas dans la fiche de poste la mention de pilote de la hématique parcours patient.	1a

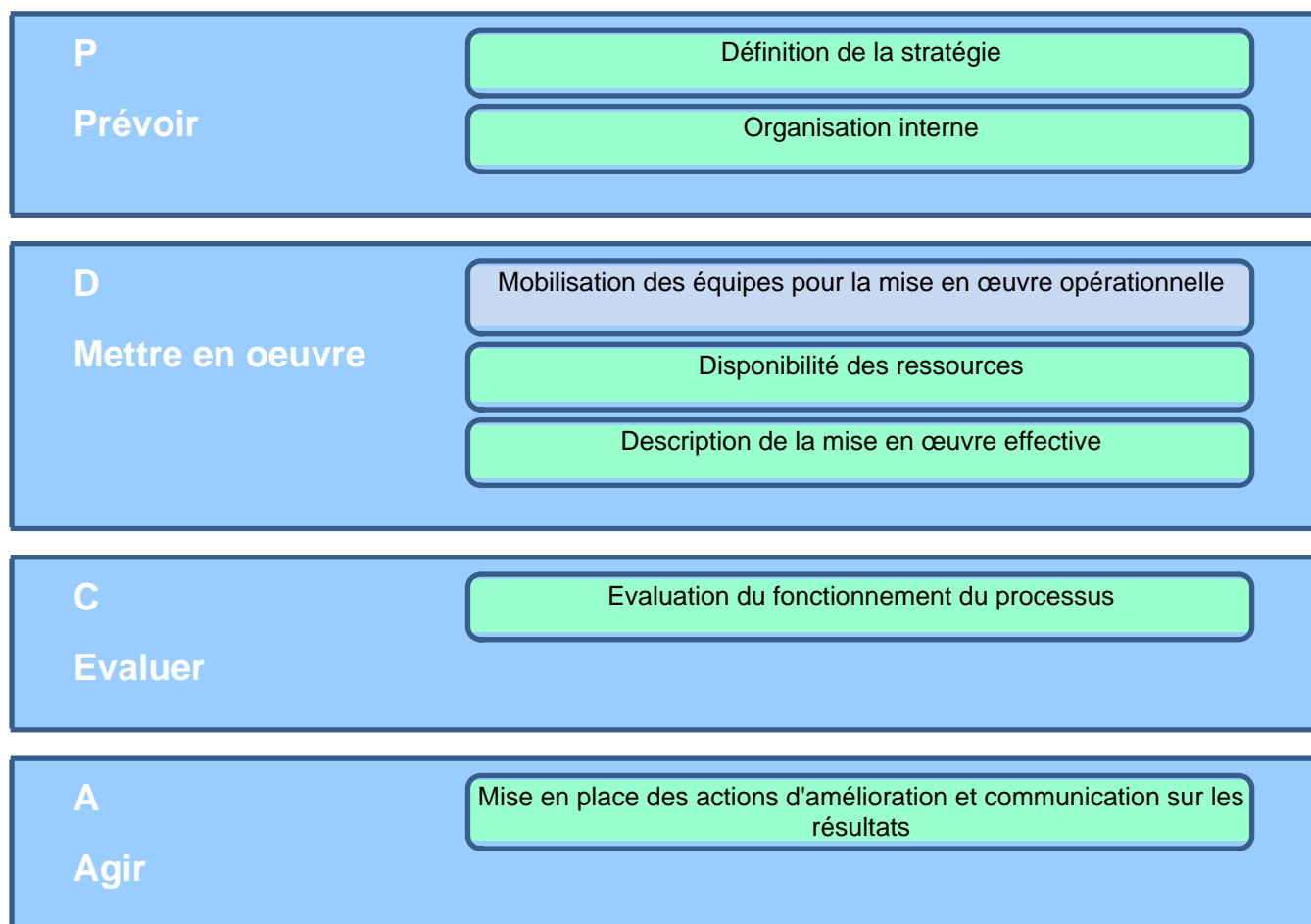
DOSSIER PATIENT

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

Les objectifs stratégiques ont été définis à partir de l'analyse des besoins, des risques et des résultats des évaluations du dossier patient. Ils portent sur l'amélioration de la qualité de la tenue et l'informatisation de l'intégralité du dossier. Ils ont été clairement énoncés par les pilotes du processus.

Le processus est piloté par le médecin Président de la CME et par un kinésithérapeute qui ont été volontaires pour cette mission pour la certification V2014 et en routine.

L'analyse des risques a été menée en lien avec la procédure « Organisation et gestion du dossier patient » par le Directeur Qualité et un des groupes thématiques de l'établissement.

Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon une méthode définie. Les résultats des IPAQSS et les risques liés à l'accessibilité du patient à son dossier ont également été reliés aux analyses des risques et intégrés dans les plans d'action qualité.

Les risques et les plans d'actions intégrés dans le Compte qualité ont fait l'objet d'une concertation entre le directeur qualité et les pilotes.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus Dossier patient sont identifiés. Leurs fiches de poste indiquent qu'ils doivent s'impliquer dans la démarche qualité de l'établissement, mais ne détaillent pas le contenu de leurs missions.

Depuis 2010, le logiciel dossier patient dans sa version actuelle est déployé dans tout l'établissement, quelques éléments en provenance de l'extérieur et les fiches de désignation de la personne de confiance et de consentement au projet thérapeutique sont encore gérés en mode papier. La formation du nouvel arrivant est intégrée dans la période d'adaptation au poste,

La procédure « d'Organisation et gestion du dossier patient » dans sa 4ème version a été réactualisée et diffusée début 2016. Y sont intégrées les modalités de tenue et gestion des dossiers papier et informatique pour chaque catégorie d'intervenant. L'archivage fait l'objet d'une procédure dédiée. La procédure d'accès du patient à son dossier est formalisée. Le plan de reprise d'activité et la procédure en mode dégradée sont formalisés.

Les événements indésirables concernant le fonctionnement du logiciel sont gérés par les informaticiens de l'association qui sont joignables à tout moment téléphoniquement. La hot line est contactée par les informaticiens seulement en cas d'impossibilité de dépannage interne.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement fonctionne comme un secteur unique d'activité. Les plans d'actions sont établis au niveau institutionnel pour chacun des processus définis. Les professionnels sont très impliqués dans leur mise en œuvre. Lors des investigations de terrain de nombreux professionnels sont venus spontanément rencontrer les experts-visitants. Tous ont été en mesure de répondre sans difficulté aux questions posées relatives aux plans d'actions. Les professionnels ont identifié des actions d'amélioration en lien avec les recommandations de bonne pratique de la HAS. Pour exemple, des modifications relatives aux outils d'évaluation standardisée pour l'AVC ont été demandées et intégrées dans le dossier informatisé par l'éditeur du logiciel.

Les actions d'amélioration sont suivies par le directeur qualité conjointement avec les pilotes des processus.

L'encadrement informe les équipes des résultats des évaluations notamment les IPAQSS et des mises au point sont réalisées en réunion de service pour améliorer les pratiques.

Le directeur qualité est chargé de l'accompagnement des professionnels. Les actions d'amélioration sur le dossier sont mises en œuvre au niveau de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La dotation en matériel informatique est suffisante pour que chaque professionnel puisse disposer d'un poste à tout moment de la prise en charge.

Le service informatique est mutualisé au niveau des établissements de l'association et une assistance informatique est disponible à tout moment durant les horaires d'ouverture. Les droits informatiques en écriture et lecture sont définis au niveau institutionnel et formalisés. Ils sont en liées à la fonction de l'intervenant.

Les résultats de laboratoire sont disponibles par une liaison sécurisée via internet. L'intégration des résultats directement dans le dossier du patient fait partie des évolutions futures du logiciel.

Les résultats d'imagerie peuvent être scannés et intégrés dans les dossiers des patients par les

secrétaires.

Les procédures actualisées de gestion, tenue, archivage du dossier, conduite à tenir en cas de panne, plan de reprise d'activité, procédure de gestion des plaintes et réclamations sont disponibles dans le logiciel qualité.

La formation initiale des nouveaux arrivants et des stagiaires à l'utilisation du dossier est réalisée par l'encadrement. Les internes sont formés par les médecins de l'établissement.

Depuis 2015, le directeur informatique réalise des rappels individuels pour une utilisation optimale de l'outil informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dossier est créé pour tout patient lors de sa 1ère venue dans l'établissement et est alimenté au fur et à mesure des séances de réadaptation, chaque intervenant disposant des rubriques qui lui sont propres. 21 jours après la sortie le dossier informatique est définitivement clôturé par le secrétariat et les éléments papier sont archivés. Pendant le séjour, les documents papier sont conservés et classés dans les bureaux médicaux.

Les règles de constitution et de bonne tenue du dossier sont connues et appliquées par les professionnels.

Dans le logiciel dossier patient chaque intervenant trace la date de son intervention et ses initiales dans l'onglet qui lui est dédié. La traçabilité des soins est réalisée en temps réel.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile.

Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas de panne du système informatique. Le plan de reprise d'activité et la procédure en mode dégradée sont connus de professionnels.

La procédure d'accès du patient à son dossier est connue et appliquée par les professionnels concernés. Les délais légaux de transmission des dossiers sont respectés dans la majorité des cas. Sur recommandation de la CRUQ un plan d'action a été mis en place afin d'améliorer l'indicateur.

L'accès au dossier patient est sécurisé par des mots de passe dont le changement est périodiquement demandé par le logiciel.

Les résultats des questionnaires de satisfaction, les remarques qui y figurent et les demandes d'accès au dossier sont présentées à la CRUQPC. Les délais de réponse sont suivis en lien avec cette instance.

Les dossiers papier sont conservés pour partie sur place dans le local dédié aux archives médicales et pour partie chez un prestataire externe. Les règles de conservation sont précisés dans la procédure d'archivage.

Les délais légaux de transmission des dossiers sont respectés dans la majorité des cas. Sur recommandation de la CRUQPC un plan d'action a été mis en place afin d'améliorer l'indicateur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les indicateurs IPAQSS hors protocole depuis plusieurs années.

Une EPP sur la tenue du dossier paramédical est en cours depuis fin 2015. Les résultats n'ont pas encore été diffusés.

Le nombre de dossiers et le respect des délais légaux de transmission sont suivis en lien avec la CRUQPC.

L'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique et compte tenu de la conformité des résultats aux prérequis des indicateurs, il est éligible au dossier patient interopérable. Les outils pour créer des DMP sont installés.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel. Le fil rouge est donné par les résultats des IPAQSS. Des actions d'amélioration ont été mises en place ce qui a permis une amélioration continue de l'indicateur tenue du dossier patient et prise en charge de la douleur.

La communication des résultats des indicateurs est réalisée en interne lors des réunions institutionnelles et auprès des représentants des usagers lors de la CRUQPC. Il en est de même pour les délais d'accès aux dossier patient.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas totalement formalisés. Leurs fiches de poste indiquent qu'ils doivent s'impliquer dans la démarche qualité de l'établissement, mais ne détaillent pas le contenu de leurs missions.	14a

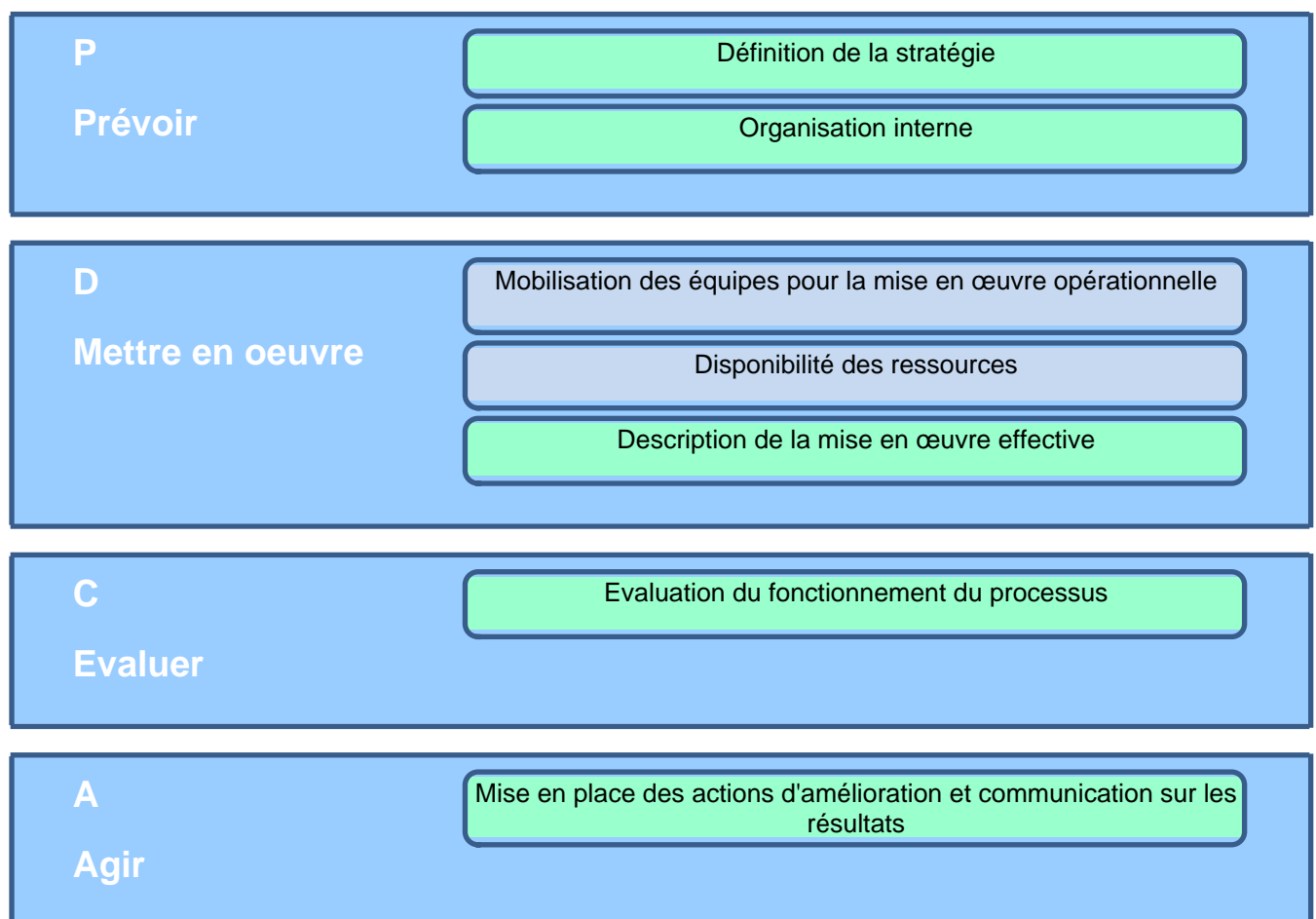
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés. Elle est retrouvée dans le document décrivant programme qualité dans sa partie concernant la COMEDIMS. Les missions et activités et objectifs de la commission sont décrits.

Les données ayant permis d'identifier les risques ont été exploitées à partir des indicateurs IQSS, de deux EPP en cours concernant pour partie le circuit du médicament et des évaluations internes faites par le pharmacien dans son suivi d'activité. L'analyse des événements indésirables relatifs au circuit du médicament ont permis aussi de déterminer des risques.

Dans le compte qualité cinq risques principaux sont identifiés. Ils concernent les erreurs liées à la prescription informatique, mais aussi l'administration et sa traçabilité.

L'analyse des risques a été faite par le pharmacien et un médecin référent aidé en méthodologie par le qualicien. Elle a permis de définir la fréquence, la gravité et donc la criticité. La criticité couplée avec le niveau de maîtrise a permis de définir des actions prioritaires.

Les actions prioritaires du PAQ sont retrouvées dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place avec un pilote. Cette organisation s'appuie sur le COMEDIMS déjà existant et sur les professionnels des services.

Le pilote a été proposé par la direction et validé par le COMEDIMS et les autres professionnels. Le pharmacien est pilote de cette thématique et dans sa fiche de poste il en est fait mention.

Le COMEDIMS est opérationnel. Il se réunit 3 fois par an, avec un ordre du jour et un compte rendu de séance est élaboré et diffusé sur logiciel.

Les besoins en personnel et en temps dédié sont prévus. L'organisation en place permet de poursuivre le fonctionnement pendant les absences du pharmacien à temps partiel.

Des formations concernant la thématique sont programmées par le pilote et le médecin référent. Des informations en interne sur les erreurs médicamenteuses sont prévues auprès de l'ensemble des personnels concernés (médecins et IDE).

Les locaux sont parfaitement adaptés à cette fonction. Le local dans le nouveau bâtiment a été inspecté par le pharmacien inspecteur en 2012 qui donnait une suite favorable à la demande de modification de la pharmacie à usage intérieur.

Les ressources documentaires sont structurées sur informatique. Les procédures sont élaborées par le pharmacien et présentées aux professionnels pour accord et ensuite elles sont validées en COMEDIMS. L'ensemble des documents protocole et procédures sont retrouvés dans la gestion documentaire. Le pilote connaît parfaitement l'utilisation du logiciel et la gestion documentaire.

Les règles et supports de prescription informatiques sont validés par les prescripteurs.

Un livret thérapeutique a été élaboré avec l'ensemble des médecins et sur proposition du pharmacien en fonction des nouveaux médicaments, des médicaments peu prescrits et des souhaits des médecins de faire entrer un produit. Le livret thérapeutique est discuté à chaque COMEDIMS.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il n'existe qu'un seul secteur de soins. Les professionnels concernés par le médicament sont les quatre médecins et les deux IDE. La pharmacienne est chargée de déployer dans le service le programme. Les modalités de mise en œuvre du programme sont développées dans le plan d'action qualité avec les objectifs et les modalités de suivi. Un échéancier est proposé.

Les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires a été fait par le pilote et le médecin référent aidés par le qualicien.

Les professionnels sont informés des risques principaux retenus et des priorités dans la mise en place des actions correctives lors des réunions hebdomadaires du mardi après-midi. Les professionnels rencontrés sont d'accord avec les choix faits.

Des évaluations régulières sont en place dans le secteur d'activité. Les indicateurs IPAQSS sont suivis en hors protocole, les fiches d'EI sont analysées régulièrement. A ce jour, il n'y a pas de CREX mais une analyse d'événements graves par La méthode ORION.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations. Si besoin les actions correctives

nécessaires seront identifiées par le pilote et les professionnels. Elles sont mises en œuvre et suivies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les effectifs sont en nombre suffisant et les compétences sont adaptées. Il n'existe pas de glissement de tâches.

La pharmacienne et le médecin référent ont bénéficié de formation concernant les risques. Elles ont ensuite formé les autres professionnels concernés aux risques liées aux erreurs médicamenteuses. Des formations régulières sont dispensées sur la prise en charge médicamenteuse aux professionnels notamment sur les erreurs médicamenteuses. Les internes et les infirmières intérimaires reçoivent une formation sur le circuit à leur arrivée dans le service.

L'ensemble des documents protocole et procédures sont mis à disposition des professionnels dans la gestion documentaire. Ils sont réactualisés régulièrement et à chaque modification de la réglementation. Le livret thérapeutique, mis à disposition, est actualisé au moins une fois par an.

Les locaux de la pharmacie sont neufs ils ont été validés par le pharmacien inspecteur lors de l'ouverture du service en 2012. Dans la salle de soins infirmiers il existe une armoire à Pharmacie intermédiaire, elle est conforme à la réglementation, de même il existe un coffre fixé au mur pour les stupéfiants.

L'outil informatique mis à disposition des professionnels permet la traçabilité de la prescription à l'administration. La maintenance de l'outil informatique est assurée par le service informatique interne.

Il existe un document produit par L'ARS et L'OMEDIT adapté permettant la conformité de la prescription chez la personne âgée. Ce document est utilisé par l'ensemble des prescripteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont accueillis en hôpital de jour et sont présents uniquement une demi-journée. Il n'y a pas de prise de repas pendant leur présence. De ce fait, les traitements sont dans la très grande majorité des cas pris en dehors de l'établissement. Les médecins enregistrent dans le dossier informatique le traitement personnel du patient avec la notion du traitement personnel et donc il n'y a pas de délivrance par la PUI. Seuls les médicaments concernés pour la pathologie prise en charge et prescrits par les médecins du centre sont délivrés par la PUI.

La pharmacienne est le seul professionnel à pénétrer dans la pharmacie et elle exerce à temps partiel. Il existe un stock tampon dans la salle de soins infirmiers permettant de poursuivre l'administration en dehors des heures de présence de la pharmacienne. Pour les situations d'urgence et en l'absence de médicaments dans le stock tampon, une convention a été signée avec le CHU voisin.

La prescription informatique est systématique pour tous les prescripteurs. La pharmacienne fait l'analyse pharmaceutique de l'ensemble des traitements y compris les traitements personnels.

Les médicaments sont stockés dans la pharmacie en respectant les règles de gestion, rangement et stockage des médicaments particulièrement des stupéfiants qui sont conservés dans un coffre.

Pendant les soins au centre si des traitements doivent être pris l'IDE s'assure de la prise et trace dans le dossier informatique.

Les règles d'administration sont respectées, la traçabilité est faite en temps réel sur l'outil informatique.

Tous les patients lors de leur admission ont des rappels sur le bon usage des médicaments et des documents sont distribués pour certains traitements (AVK)

Les procédures établies sont connues des professionnels et retrouvées dans la gestion documentaire. Les circuits sont très courts, ils sont respectés et sécurisés.

Les prescriptions de sortie ne concernent que les traitements mis en place par les médecins du centre et pour la pathologie prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les erreurs médicamenteuses sont déclarées sur des fiches d'EI. Elles ont ensuite analysées par COVIRIS. Le pharmacien a mis en place des tableaux de bord : consommation globale des médicaments et suivi des antibiotiques. Des indicateurs de suivi du circuit du médicament sont en place concernant les prescriptions conformes selon l'IMC, les conformités des prescriptions médicamenteuses, pendant l'hospitalisation, les conformités des traitements de sortie.

Il existe un dispositif d'évaluation de l'ensemble du processus. Le pharmacien présent dans l'ensemble des instances a accès aux différentes données ce qui permet de faire une analyse globale de la thématique. Pour le COVIRIS un bilan annuel mais un suivi trimestriel des fiches de déclaration d'EI en rapport avec une erreur médicamenteuse avérée. Pour chaque risque identifié un plan d'action a été mis en place. Ces actions sont retrouvées dans le plan d'actions d'amélioration du COMEDIMS. Le pilote est responsable du suivi.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre concernent l'ensemble du circuit de la prescription à l'administration. Elles sont articulées et intégrées dans le programme institutionnel. Le suivi des indicateurs et des tableaux de bord permet de suivre les actions d'amélioration. Le pilote est responsable du suivi des actions. Les résultats et les actions d'amélioration de l'établissement sont diffusés aux professionnels au cours des réunions hebdomadaires concernant la qualité et aux usagers lors des séances de le CRUQPC.

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
Management de la qualité et des risques	P / Organisation interne	PS	Les rôles et les responsabilités des professionnels référents de la qualité et de la gestion des risques (Directeur qualité, pilotes et copilotes, vigilants) ne sont pas formalisés. Il n'existe pas de fiches de mission et de référence aux missions QGDR dans les fiches de poste des professionnels.	1e
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ont été inégalement impliqués dans l'élaboration du compte qualité. Les pilotes et copilotes rencontrés connaissent inégalement les risques et les actions du compte qualité. L'articulation entre les risques, le PAQ institutionnel et le compte qualité est inégalement connu. Le compte qualité est pour le moment un outil utilisé par la direction.	1e
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les presque accidents ne sont jamais déclarés. La typologie et l'analyse des FEI dans le bilan annuel ne fait pas référence aux presque accidents et les professionnels rencontrés ont tous affirmé ne pas les déclarer.	8f
Droits des patients	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formalisés. Il n'existe pas de fiche de mission spécifique, les fiches de poste ne font pas référence aux missions de pilote.	1d
		PS	Peu de formation sur les droits des patients en lien avec les spécificités de l'établissement sont prévues. Le plan de formation prévoit que peu de formation interne et externe sur les droits des patients.	1d
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. On ne retrouve pas dans la fiche de poste la mention de pilote de la hématologie parcours patient.	1a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas totalement formalisés. Leurs fiches de poste indiquent qu'ils doivent s'impliquer dans la démarche qualité de l'établissement, mais ne détaillent pas le contenu de leurs missions.	14a