



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINALLIANCE DE
PIERREFITTE SUR SEINE

32 avenue victor hugo
93380 Pierrefitte Sur Seine
FÉVRIER 2019

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	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	25
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 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

CLINALLIANCE DE PIERREFITTE SUR SEINE - SSR ET HDJ	
Adresse	32 avenue victor hugo 93380 Pierrefitte Sur Seine
Département / région	SEINE-SAINT-DENIS / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	930009139	SARL CLINALLIANCE PIERREFITTE	32 rue victor hugo 93380 Pierrefitte Sur Seine
Etablissement de santé	930009188	CLINALLIANCE DE PIERREFITTE SUR SEINE - SSR ET HDJ	32 avenue victor hugo 93380 Pierrefitte Sur Seine

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	107	60

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- Conventions de collaboration avec des établissements du secteur : * CH Saint DENIS : Filière de soins AVC, neurologie ; urgences médicales ; équipe mobile de gériatrie * CH DE GONESSE : Réanimation cardio, chirurgie * Clinique de l'Estrée : EEG, labo, Urgences * GH Bichat – Claude BERNARD : Soins tout services * Clinique internationale du parc Monceau, Clinique du Grand Stade : coopération filière
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions

- HDJ neurologique et Gériatrique : juin 2014 (neuro) et avril 2017 (gériatrique)

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	F Personne âgée poly pathologique	SSR Gériatrique HC	Contexte d'omarthrose bilatérale	Hospitalisation programmée	complexe	SSR
2	Femme jeune atteinte d'un AVC	unité EVC - EPR	Hématome cérébral profond, poly pathologies.	Hospitalisation programmée	complexe	SSR
3	Personne âgée	SSR Gériatrique HDJ	Troubles de la marche suite à une hydrocéphalie.	Hospitalisation programmée	complexe	SSR
4	Prise en charge rééducative	SSR Neuro	syndrome parkinsonien like	Hospitalisation programmée	complexe	SSR
5	Prise en charge pluridisciplinaire	SSR Neuro HDJ	hémiparésie gauche	Hospitalisation programmée	complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

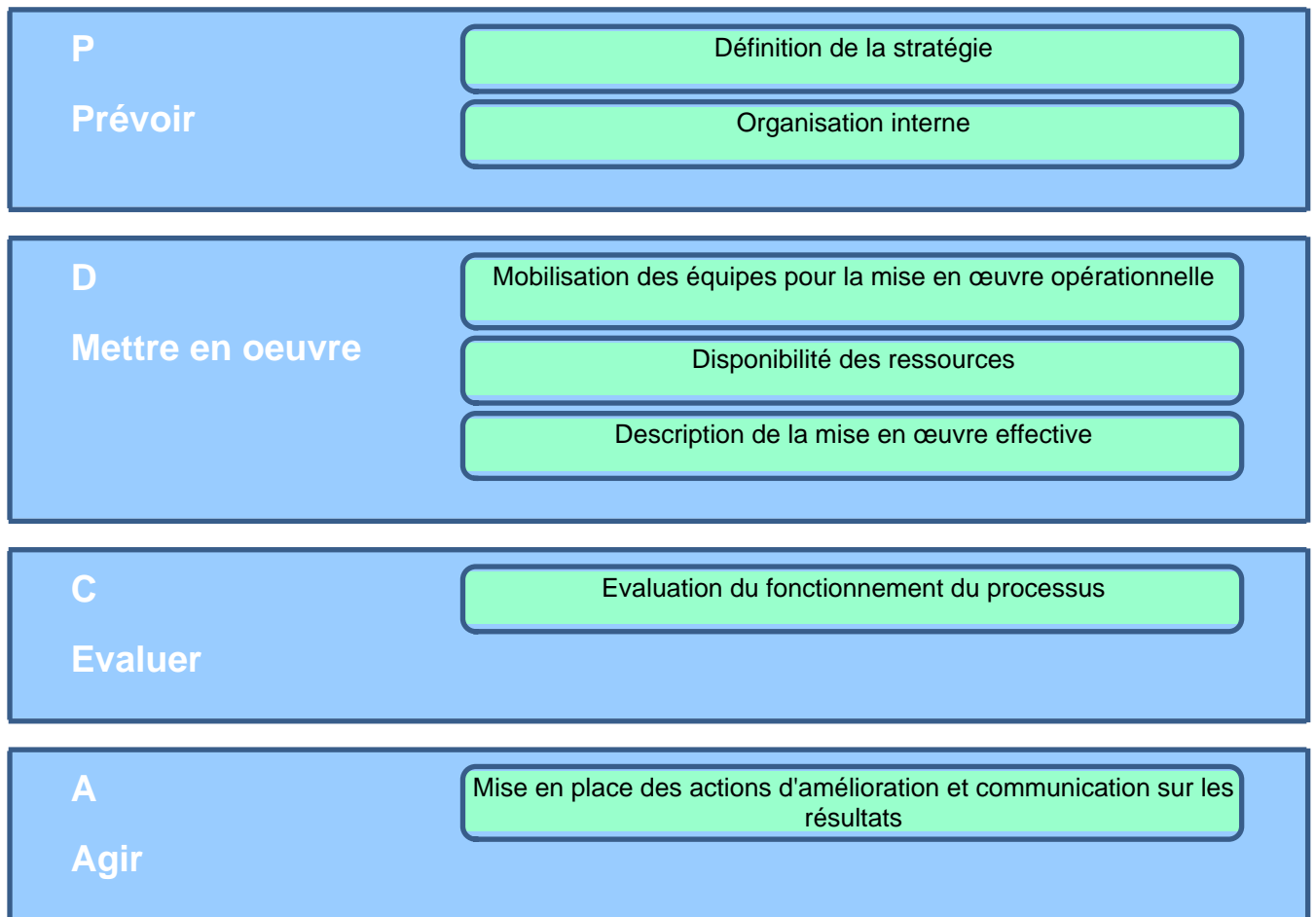
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité, actualisée en mars 2018. Elle est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement et du CPOM. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques. Elle est validée par la CME, révisée annuellement et peut être amenée à évoluer en fonction des résultats obtenus. Elle repose sur les objectifs suivants :

- Poursuivre le développement d'une culture sécurité,
- Améliorer les pratiques professionnelles,
- Optimiser le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques,
- Fiabiliser la gestion documentaire,
- Favoriser la déclaration des évènements indésirables,
- Améliorer la coordination des vigilances,
- Optimiser l'évaluation de la satisfaction des patients,
- Améliorer l'organisation des instances.

La stratégie EPP est définie au sein de la politique qualité. La cartographie des risques structurée par thématique a été actualisée entre février et juin 2018. Le plan blanc validé par la CME, comprend la gestion de crise. Le plan de sécurité de l'établissement (PSE) est en cours de finalisation. Les risques professionnels sont recensés, colligés et hiérarchisés dans le DUERP, actualisé et révisé annuellement. La mise en œuvre de cette stratégie, validée par les instances, est traduite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, le PAQSS. Un pilote est désigné par action, un échéancier est déterminé ainsi que des modalités de suivi. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU. La représentante des usagers est associée à l'ensemble de la démarche.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique générale de management de la qualité et de la sécurité. Le pilotage du processus est assuré par le RAQ, la Directrice, assistés par l'assistante qualité et la surveillante générale également coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins. Ils ont été destinataires d'une fiche de mission. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est formalisée au sein d'un schéma du processus qui apporte une lecture rapide de la structuration de la démarche qualité/risques. Celle-ci s'inscrit dans un engagement fort de la Direction et de la CME et repose sur :

- La CME,
- Le COPIL,
- Le COGERIS
- L'UHH/CLIN (Unité d'Hygiène Hospitalière- Comité de lutte contre les infections nosocomiales,
- Le CLUD,
- La CDU,
- Le CLAN,
- Le COMEDIMS et le COMGAZ,
- La COMMISSION EPP.

Avec l'aide méthodologique du RAQ, La CME impulse les démarches qualité/risques et fonctionne conformément à la réglementation. Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le COPIL se réunit 4 fois par an au minimum, c'est l'instance de validation des documents qualité/GDR. Le COGERIS se réunit également 4 fois par an, c'est l'instance de validation des documents qualité et des EI. Chaque instance dispose d'un règlement intérieur mis à jour. Elles assurent la mobilisation des compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associée aux soins. Les vigilances sont affichées : la pharmacovigilance, la matériovigilance, la réactovigilance, l'hémovigilance pour la sécurité post transfusionnelle, l'infectiovigilance et l'identitovigilance. L'identitovigilance est suivie par la CIV (Cellule d'Identitovigilance), qui se réunit plusieurs fois par an, elle veille à améliorer le processus d'identification, sécuriser l'identité du patient et prévenir tout risque d'erreur de patient dans la prescription et la dispensation des soins.

Les ressources humaines nécessaires pour gérer l'ensemble des démarches qualité/risques sont disponibles : un Responsable du Management de la Qualité et de la Gestion des Risques, une assistante qualité. Le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins est désigné, c'est la cadre des services médico-techniques. Un comité de communication a été créé, la première action a été de remettre en route le journal interne. Un CSE (Comité Social et Economique), instance représentative du personnel a été mis en place.

Ses missions sont définies :

- Présenter à la Direction, les réclamations individuelles et collectives, relatives aux salariés,

- Contribuer à la promotion de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans la clinique,
- Réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnels ou à caractère professionnel.

Le logiciel informatique de gestion documentaire est disponible sur chaque poste informatique. Il permet de prendre connaissance de l'ensemble des procédures et protocoles, de consulter les comptes rendus des instances, de déclarer les événements indésirables et de suivre l'avancement des actions qualité /gestion des risques et de la vie de la Clinique. La procédure des procédures est formalisée, elle définit le formatage des documents qualité. Le programme de maintenance curative et préventive est opérationnel, les interventions assurées en interne ou par des organismes externes sont tracées et permettent le suivi des opérations.

La gestion des interfaces est effective : La veille sanitaire et réglementaire est organisée. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulée avec le dispositif de signalement des événements indésirables, une fiche spécifique est rédigée et traitée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Directrice, le RAQ, la présidente de la CME médecins et les Cadres organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, ils assurent la diffusion auprès des professionnels et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans les différentes thématiques. Des actions de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques sont régulièrement menées auprès des professionnels par l'encadrement, le RAQ et la présidente de CME, notamment lors des réunions inter unités. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. De nombreuses formations sont organisées en interne. L'établissement réalise des évaluations notamment au travers des patients traceurs, des audits sur les différentes thématiques, des CREX. Les professionnels sont informés de leurs résultats et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles. Les effectifs médicaux, soignants, rééducatifs, psychologiques, social sont appropriés pour assurer la qualité de la prise en charge, la sécurité et la continuité des soins. Le RAQ, titulaire de nombreux diplômes (master qualité Gestion des Risques, mastère spécialisés en gestion des risques, DU hygiène et maîtrise de gestion) assure la formation de l'ensemble des professionnels aux démarches qualité et gestion des risques. La CGRAS (Coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins) est formée aux outils de la qualité et à l'analyse des risques. Les pilotes et copilote ont été formés à l'approche processus. La méthode du « patient traceur » a été mise en place dès 2017.

Un accompagnement adapté à chaque nouveau recruté est mis en place : formation, remise d'un livret d'accueil, temps d'intégration etc... La gestion des documents s'appuie sur la procédure des procédures, diffusée sur le logiciel de gestion documentaire. Les procédures sont actualisées et connues de l'ensemble des professionnels. Un classeur d'informations sur la certification HAS V2014 ainsi qu'un classeur de notes de service a été mis en place au sein de chaque unité. Aux EVC, un numéro de fax a été attribué dans le but d'assurer la permanence des soins, pour recevoir les alertes descendantes de pharmacie, des tutelles, etc... tout en respectant la confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'effectivité de la démarche est assurée avec l'appui du RAQ, de l'assistante qualité, de la Directrice en lien avec les surveillantes générales et la pharmacienne. Les professionnels sont incités à la déclaration des événements indésirables. Une formation a été réalisée pour les équipes de jour et de nuit en mars 2018. Il y a plus de 300 déclarations par an. Ils sont anonymes, encadrés par la charte non punitive. Une cellule opérationnelle se réunit tous les quinze jours pour réaliser l'analyse des EI, un CREX est déclenché pour l'analyse des EIG et des événements récurrents en équipe pluridisciplinaire. Les événements sentinelles sont définis : Décès inattendu, fugue, chute grave, pneumopathie d'inhalation, apparition d'escarres, infections nosocomiales associées aux soins. Ils déclenchent systématiquement une investigation et une analyse poussée à la recherche des causes profondes. La gestion documentaire est actualisée, opérationnelle. Les professionnels rencontrés connaissent l'arborescence du classement des documents pour un accès rapide. Les réunions des différentes instances sont organisées conformément à la réglementation. Les comptes rendus sont archivés dans le logiciel de gestion documentaire. Les thématiques EPP sont choisies en fonction des enjeux de l'établissement et sont validées par la sous-commission de la CME. Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus « management de la qualité et de la gestion des risques » passe par le suivi d'indicateurs (nationaux, régionaux avec le CAQES, et locaux), la réalisation d'une enquête culture sécurité, des audits, des EPP, et l'analyse des évènements indésirables. Un dispositif d'évaluation et de suivi de chaque thématique est en place. Il est géré par les pilotes et co-pilotes du processus. Des Quizz de connaissance des professionnels sont réalisés sur tous les audits de processus. La cartographie des risques usagers est révisée tous les deux ans ou plus si besoin en fonction de la réglementation. Six audits réalisés selon la méthode du patient traceur ont permis d'évaluer les différentes étapes de la prise en charge du patient. La satisfaction du patient et/ou de son entourage est recueillie par le biais du questionnaire de sortie distribué en HC et celui spécifique distribué en HDJ. Un questionnaire destiné à recueillir le ressenti des professionnels a été diffusé avec le bulletin de salaire du mois de septembre. Un audit sécurité de l'établissement a été réalisé en septembre 2018. L'établissement est dans l'attente des résultats. Une revue de Direction est menée annuellement.

A / AGIR

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

La stratégie de la clinique est réajustée en fonction des résultats des nombreuses évaluations réalisées et les axes d'amélioration identifiés sont intégrés dans le programme global de la Qualité et Gestion des Risques. L'ensemble des actions identifiées dans le compte qualité sont abouties au jour de la visite. La politique de communication est développée et permet la diffusion des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats obtenus sont communiqués dans les différentes instances notamment lors de la CDU. Ils sont également diffusés à l'ensemble des professionnels sur le logiciel de gestion documentaire. Le journal interne informe les professionnels sur les démarches qualité. Il est diffusé chaque mois. Un exemplaire est classé dans le classeur qualité à disposition dans chaque service et affiché en salle à manger du personnel.

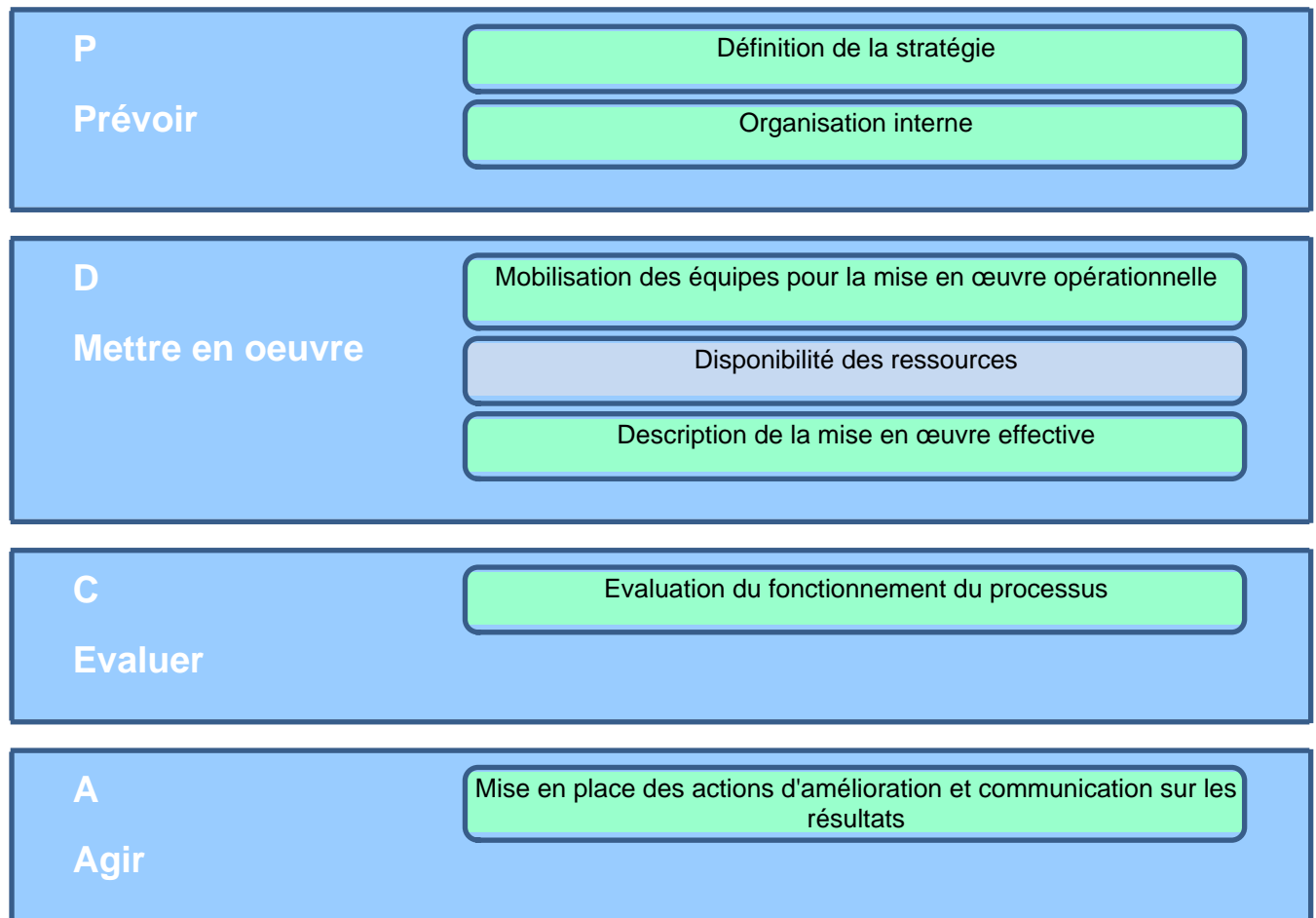
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a mis en place une démarche globale dans la prise en charge de l'usager et dans l'accueil de son entourage, visant à promouvoir le respect de ses droits et libertés, son écoute et la prise en compte de ses attentes. La politique relative aux droits du patient et des soins de fin de vie a été définie par un groupe de travail sur la base d'une identification des besoins réels des patients et d'une analyse des risques à partir d'une cartographie des risques a priori. 7 objectifs ont été priorisés :

- Garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient,
- Garantir le respect du secret médical et la confidentialité,
- Garantir le droit à l'information et à l'expression du patient et de son entourage,
- Garantir le respect des libertés individuelles de chacun dans la mesure de la sécurité de patient et du respect des autres,
- Respecter les volontés du patient (consentement éclairé),
- Prévenir les actes de maltraitements en identifiant les situations à risque et être dans la promotion d'une prise en charge bien traitante,
- Avoir une organisation adaptée pour informer le patient lors d'un dommage lié aux soins.

Les risques prioritaires ont été déterminés à partir des données d'entrée : expériences terrain, résultats d'audits, plaintes et réclamations, FEI hiérarchisés avec les grilles de criticité de la HAS.

Des objectifs d'amélioration ont été définis dans un plan d'action intégré dans le PAQSS global de l'établissement. La politique d'établissement « agir contre la douleur », est également formalisée et déployée grâce au référent douleur. L'ensemble de cette stratégie est validée par la CDU et la CME. Elle a été présentée à l'ensemble des professionnels par le biais des réunions d'équipe.

ORGANISATION INTERNE

L'audit de processus est piloté par la Directrice. Un groupe de travail pluriprofessionnel est constitué avec les deux surveillantes générales, la psychologue, l'assistante sociale, le RAQ, l'assistante qualité et la représentante des usagers. Les missions et le rôle des pilotes sont formalisés dans une fiche de mission intitulée « pilote de processus ». La CDU se réunit 4 fois par an. Son règlement intérieur est défini selon les prérogatives déterminées par la loi, il a été validé par la CDU. Un Comité éthique existe depuis plusieurs années. En 2015, il a été créé un écran bilan mesure d'aide à la décision éthique dans le logiciel du dossier patient informatisé. Une discussion éthique est menée et tracée pour chaque situation qui le nécessite. Il a été fait appel également aux compétences des différentes instances : le CLUD, le CLAN, la CDU le COPIL, le COGERIS, le CODIR, le COMEDIMS et l'UHH (CLIN). Des ressources et compétences sont disponibles :

Il peut être fait appel au juriste du groupe, spécialisé dans les droits de la santé.

La Diététicienne élabore en lien avec le prestataire des menus équilibrés et variés. Elles veillent à ce que les repas préparés dans la cuisine de l'établissement, à partir de produits frais et de qualité garantissant la sécurité sanitaire, soient un réel moment de plaisir. La commission des menus est organisée et définit les menus sur un cycle saisonnier de cinq semaines.

Au niveau psychologique, la psychologue clinicienne aide le patient à verbaliser et à intégrer les répercussions psychologiques du handicap et de la rééducation proposée, elle soutient les proches des patients, anime des groupes de parole auprès des familles.

L'intervention de la neuropsychologue se focalise sur les patients atteints de pathologies neurologiques, les maladies neurodégénératives, les cérébrolésés.

Par ailleurs, de nombreuses formations sont organisées sur cette thématique : droits du patient, promotion de la bientraitance, gestion de la douleur, personne à prévenir, personne de confiance, les directives anticipées, prévention des chutes. Les procédures liées à cette thématique sont formalisées et disponibles sur le logiciel informatique.

Les droits du patient sont énoncés dans le livret d'accueil et affichés : charte du malade hospitalisé, de la personne âgée dépendante, de la bientraitance, Charte du respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité de l'Usager (à signer par chaque salarié).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion du respect des droits du patient est assurée dans les domaines qui le nécessitent : prise en charge de la douleur optimisée, sécurité de l'identité, recueil du consentement, traçabilité de la personne de confiance, recueil des directives anticipées, information adaptée du patient, respect de la dignité et de l'intimité etc...

La Directrice, le RAQ et l'encadrement sont garants de la mise en œuvre du plan d'actions opérationnel. Le personnel est sensibilisé aux risques identifiés via les différentes actions de communication : en CDU, en COGERIS, en COPIL, diffusion dans le journal interne, dans le logiciel de gestion documentaire et les affichages. Les résultats des évaluations, des audits, des indicateurs sont également communiqués à l'ensemble du personnel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les besoins. La richesse des équipes est basée sur son caractère pluridisciplinaire (médecins, IDE, AS, ASH, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, diététicienne, psychologue, neuropsychologue, assistante sociale ...) permettant des échanges interprofessionnels. Optimiser les compétences est un objectif très présent dans les actions de formation réalisées et sur celles programmées au plan de formation :

- Formation bientraitance
- Formation sur la démarche palliative, les directives anticipées,
- Formation sur la contention,
- Formation sur la prise en charge de la douleur,
- Formation sur la prévention des chutes,

Les chambres intègrent le respect de la dignité et de l'intimité des patients avec les salles de bain dans les chambres et des équipements adaptés. Un espace snoezelen a été créé afin de donner du bien-être à la personne en soins. La pratique vise à éveiller la sensorialité de la personne stimulée grâce à une relation privilégiée, sécurisante, réduisant les tensions tout en motivant à l'action au service d'une réalisation de son être. Les procédures liées à cette thématique ont toutes été actualisées :

- contention physique,
- gestion des plaintes et réclamations,
- accès du patient à son dossier,
- personne de confiance, personne à prévenir,
- prise en charge de la douleur,
- démarche palliative,
- accueil du patient jusqu'à la sortie,
- signalement de maltraitance et promotion de la bientraitance,
- information du patient en cas de dommages liés aux soins,
- refus de soins,
- directives anticipées,
- non divulgation de la présence,
- décès du patient.

Un guide est formalisé et définit l'accompagnement des familles lors du décès d'un proche. Une fiche confort est rédigée pour les patients pris en charge à l'unité des EVC. La gestion des plaintes et réclamations est réalisée conformément aux bonnes pratiques. Une fiche de signalement indésirable est élaborée de façon simultanée. Les différents rites funéraires sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La clinique met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et le respect des droits des patients. Les pratiques respectent la réglementation. L'accès au secteur d'hospitalisation est facilité pour l'entourage (horaires de visite, repas accompagnant, salon d'accueil etc...). Celui-ci bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent. Le livret d'accueil est remis à chaque patient lors de son admission. Les soins et les toilettes sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Les professionnels se présentent lors de leur première rencontre. La porte des chambres est fermée pendant les soins, les professionnels frappent à la porte avant d'entrer, la présence est mise pour les toilettes et les soins. Le patient est accueilli dans sa chambre, toujours sollicité pour son confort lors des soins, averti de tout changement survenant au cours du séjour. Un contrat de soins est signé à l'entrée du patient, demandant au patient de désigner la personne de confiance et le recueil éventuel de ses directives anticipées. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à l'élaboration d'un projet personnalisé de soins avec la participation du patient. L'entourage est associé à la fixation des objectifs. Il est régulièrement ré évalué en équipe pluridisciplinaire. La réflexion bénéfiques / risques est réalisée pour toute situation le nécessitant. Les informations liées à la santé et/ou au séjour du patient sont abordées dans des conditions de confidentialité.

La prise en charge de la douleur fait l'objet d'un engagement fort des médecins et de l'équipe soignante. Des outils de mesure de la douleur sont choisis selon l'état du patient (communicant ou non communicant). Une attention particulière est portée sur la prise en charge nutritionnelle : sur prescription médicale, la diététicienne établit pour les patients hospitalisés et ceux reçus en consultation, des bilans diététiques personnalisés. Afin d'assurer une qualité de prise en charge optimale, la diététicienne et l'orthophoniste évaluent leurs pratiques professionnelles et mettent en place si nécessaire des actions d'amélioration. Une prescription systématique de la contention est réalisée et la ré évaluation est effectuée quotidiennement. Celle-ci n'est utilisée qu'en dernier recours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Différentes évaluations sont menées sur cette thématique et la mesure de l'efficacité est réalisée par le suivi d'indicateurs. Les résultats sont présentés en CME et en CDU. Les indicateurs recueillis regroupent : le suivi des demandes d'accès au dossier médical, le suivi des plaintes et réclamations, les statistiques questionnaires de satisfaction, le nombre de réunions de la CDU, les résultats d'audits :

- Audit bienveillance,
- Audit chambre ouverte,
- Audit bienveillance,
- Patients traceurs,
- Audit « État des lieux de la mise en place des contentions »
- Évaluation et prise en charge de la douleur

Depuis la mise en place de la procédure sur le parcours patient modifiant les modalités de remise du questionnaire au patient avant sa sortie fait une augmentation du taux de retour à ce jour avoisinant les 35%. Par ailleurs, un questionnaire spécifique et adapté à l'HDJ a été mis en place en août 2018.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées suite aux nombreuses évaluations réalisées sur cette thématique sont intégrées et articulées avec le PAQSS global de l'établissement et sont mises en œuvre : révision ou élaboration de protocoles, évolution du paramétrage du logiciel informatique, actions de formation, réalisation d'audits, mise en place de vitres floutées dans toutes les chambres. Les résultats des enquêtes sont présentés en CDU. Celle-ci est tenue informée des demandes d'accès au dossier, des résultats des enquêtes et des fiches de signalement des événements indésirables.

L'information des professionnels sur les résultats des actions conduites est réalisée lors des instances, des réunions de service et sur le logiciel de gestion documentaire.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

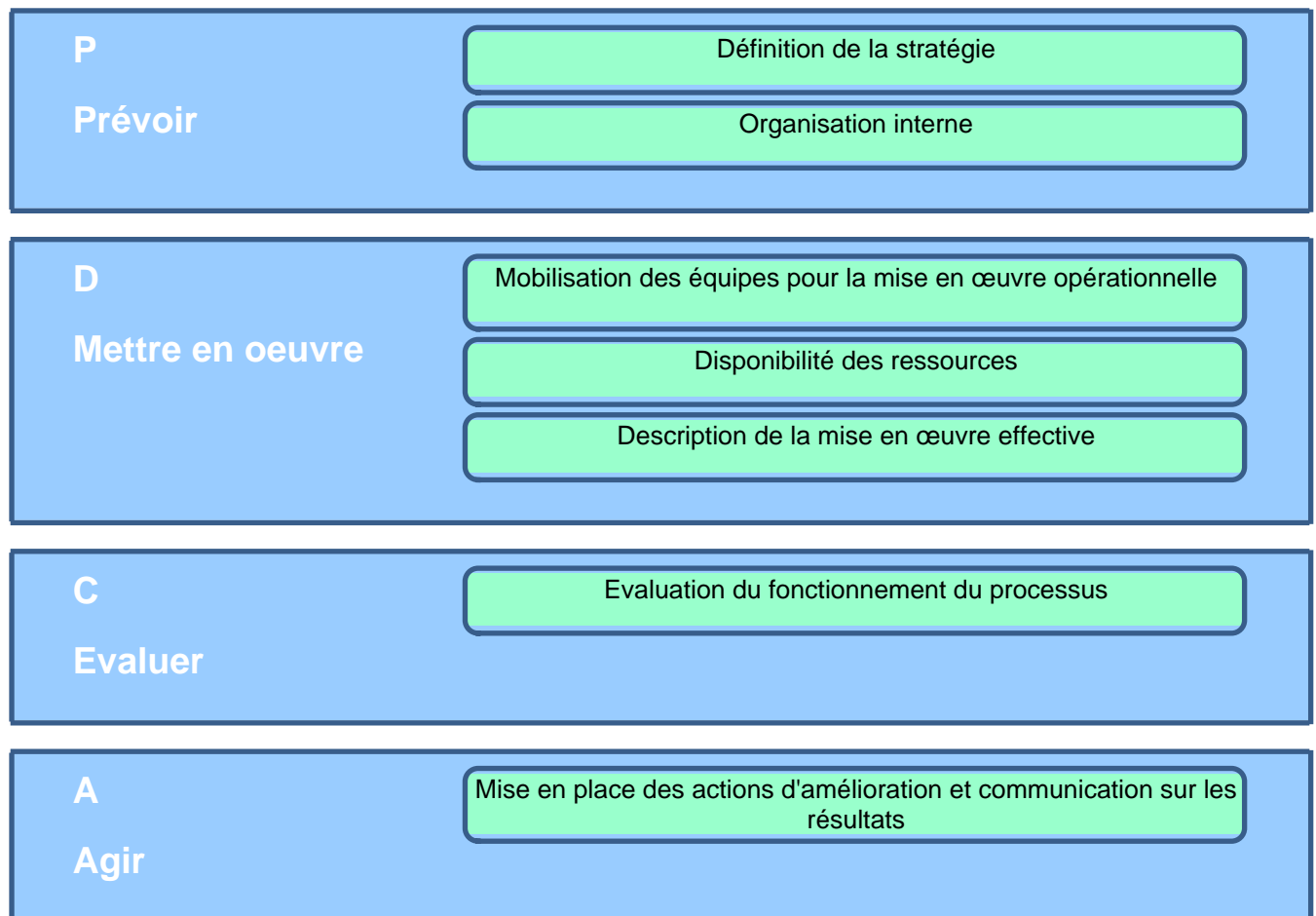
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique et stratégie du processus « parcours patient », intégrée au sein du projet d'établissement définit des orientations stratégiques conformément au Plan Régional Stratégique de Santé, au SROS « Soins de Suite et de Réadaptation Fonctionnelle », « Personnes âgées », au Projet Médical du Territoire, et au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. La clinique fait partie des établissements du groupe familial Clinalliance. La direction est assurée par une directrice qui est en poste depuis fin 2017.

Le parcours de soins est organisé entre : domicile, médecine de ville, alternatives aux hospitalisations. L'établissement se compose de 107 lits d'hospitalisation complète (74 lits de gériatrie, 25 lits de rééducation neurologique et 8 lits d'EVC).

Cette stratégie est élaborée sur la base d'une analyse des risques à priori et à posteriori qui porte sur les processus de prises en charge spécifiques des pathologies et les acteurs de soins, s'appuyant sur une cartographie des risques et des risques détectés lors de la pratique interne de la méthode « patient traceur ».

Les objectifs du processus "parcours du patient" sont déclinés dans un programme d'action institutionnel formalisé, priorisé et unique. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies, avec des objectifs, des actions, des échéances, des responsables, etc... Ce plan d'actions formalisé est validé par la direction, le service qualité, la CME et les différentes instances et révisé selon un planning établi par le service qualité. Le responsable qualité fait le lien entre le compte qualité et le PAQSS. La stratégie, les risques ainsi que le plan d'action des mesures correctives ont été validés par la CME, la direction et le responsable qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'identification des risques a été faite sous le pilotage de la Présidente CME (Médecin chef), la surveillante générale médicotechnique et la Directrice en tant que pilotes institutionnels, et de la Présidente de la CME, la surveillante générale médico-technique, un médecin spécialiste en MPR, la surveillante générale de Soins, la responsable des admissions, l'assistante sociale et l'infirmière coordinatrice en tant que pilote opérationnel. Il a été élaboré un groupe de travail pluriprofessionnel avec l'appui méthodologique du responsable et de l'assistante qualité. Le groupe a procédé à la cotation et la hiérarchisation des risques selon la méthodologie HAS (plusieurs réunions entre février et mai 2018). Les pilotes ont reçu une fiche de poste de pilote de processus. Ils ont été formés à l'approche processus par le Responsable Qualité. Le dossier informatisé du patient permet la coordination des actions des professionnels. Il assure ainsi les interfaces entre les différents intervenants.

Les processus sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques.

Les besoins en documents d'information pour les professionnels des secteurs d'activité sont identifiés et mis à leur disposition dans la base documentaire (check-list entrée sortie, livret d'antibiothérapie, etc.), comme par exemple les modalités d'alerte en cas d'urgence vitale, disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés, (livret d'accueil, support de présentation du plateau médico-technique, support de présentation des modalités de prise en charge spécifique, etc...).

L'établissement tient compte de l'activité et met à disposition des locaux adaptés en fonction de l'environnement et du parcours. Chaque salle de soins dispose d'un ordinateur de bureau, chaque chariot de soins dispose d'un ordinateur portable, chaque médecin dispose d'un ordinateur portable. Ils prennent en compte pour la plupart d'entre eux les besoins des patients, des soignants, et des différents intervenants, les obligations réglementaires, les circuits, la sécurité, la confidentialité, l'intimité, l'attente des patients et de leurs familles. Les besoins en formation initiale et continue sont recueillis pour l'ensemble des professionnels concernés. Les besoins en compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé sont identifiés et intégrés dans le plan de formation global de l'établissement. Ces actions de formation ont notamment pour thèmes : la prise en charge de la personne âgée polypathologique polymédicamentée (y compris la conciliation médicamenteuse), la prise en charge des patients à risque de chute, fugue, escarre ou dénutrition l'utilisation du matériel d'urgence et les gestes de premier secours, etc... Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient, entre les différents secteurs d'activité (service de soins, services médico-techniques, services supports) et entre les différents acteurs (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les pilotes organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein de ses secteurs, en lien avec les risques qui ont été priorisés dans le compte qualité. Il sensibilise régulièrement les professionnels sur les objectifs de leur secteur, et s'assure de la conformité des pratiques (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...), lors d'audits, des EPP, etc... Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles participent à l'élaboration des procédures utiles à leur activité, audits/évaluations internes. Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement au niveau de la base documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge (personne âgée, personne dénutrie, personnes avec troubles de déglutition). Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit (garde médicale présente), les week-ends et les jours fériés. En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées en lien avec la Direction des soins. Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite.

Les professionnels en poste sont formés, notamment à la prise en charge des urgences vitales.

Les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Dans tous les secteurs, les procédures et autres documents utiles sont disponibles dans la base de données informatisée, accessibles. Des documents d'information sont mis à disposition des patients (livret d'accueil, document sur les associations de patients, etc.). Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins en garantissant l'accessibilité et la confidentialité des données. Les postes informatiques sont disponibles au sein des secteurs. Un matériel d'urgence vitale opérationnel est à la disposition des professionnels dans tous les secteurs d'activité. La balnéothérapie est en travaux pendant la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement dispose de compétences spécifiques (diététicienne pour les problèmes nutritionnels, 1 IDE ayant participé à un DU plaie et cicatrisation, deux psychomotriciennes, deux orthophonistes, une neuropsychologue et une psychologue). Les médecins présentent différentes compétences en gériatrie, nutrition, soins palliatifs et en antibiothérapie et maladie infectieuse. Un cardiologue à temps partiel fait partie de l'équipe médicale à 0,69 ETP. L'établissement fonctionne avec 6 médecins (5 ETP + 0,8 ETP) et cherche à recruter un septième médecin spécialiste en MPR. Par secteur de 37 lits de gériatrie, 2 IDE + 4 AS. Pour le service de MPR 1 IDE et 2 AS. Pour le service EVC 1 IDE et 3 AS. La nuit 3 IDE + 8 AS pour la totalité des secteurs. Chaque étage dispose d'une kinésithérapeute et un éducateur sportif spécialisé. L'hospitalisation à temps partielle dispose de 2 kinésithérapeutes et 3 éducateurs sportifs. L'équipe de rééducation se complète par 2 ergothérapeutes, 2 orthophonistes, 2 psychomotriciennes, 1 neuropsychologue, 1 psychologue, 1 diététicienne, 1 assistante sociale pour 2 ETP. L'établissement est en cours de recrutement d'une kinésithérapeute et d'une orthophoniste.

L'admission des patients se fait majoritairement via le logiciel trajectoire. L'accueil est assuré dans un premier temps par les secrétaires pour toutes les démarches administratives.

L'identité du patient est vérifiée avant la création du dossier patient informatique. Les soignants accueillent le patient, expliquent le fonctionnement de l'établissement et les modalités de la prise en charge des différents professionnels. La pose du bracelet d'identification se fait à l'arrivée du patient dans sa chambre.

La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge et tracée dans le dossier. Un projet de soins pluri professionnel personnalisé est rédigé. Il est tracé et régulièrement actualisé.

Le dépistage des troubles nutritionnels est systématique, comme le confirme le résultat des indicateurs IPAQSS.

Afin d'assurer la permanence des soins, des règles de présence sont définies et un système d'astreinte médicale assurée par les médecins titulaires. Une garde médicale présente (sur place) est assurée par un pool de médecins externes. Ce dispositif permet d'assurer et de garantir la permanence des soins dans tout l'établissement. Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est en place dans l'établissement. La procédure de prise en charge d'une détresse vitale dans l'établissement est formalisée. Une procédure de vérification et de maintenance du chariot d'urgence est formalisée et mise

en œuvre par les professionnels. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence en interne par les médecins notamment le cardiologue. Une formation AFGSU niveau 2 est assurée pour les professionnels selon un planning de formation annuel.

La prise en charge coordonnée des patients repose sur des réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires hebdomadaires.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée (personne âgée polyopathologique polymédicamentée, patients dénutris, patient à risque de chute, patient porteur ou à risque d'escarre, patients avec troubles de la déglutition...). L'assistante sociale se met à disposition des services afin de faciliter cette prise en charge le plus tôt possible après l'entrée du patient. L'établissement a identifié des populations présentant des vulnérabilités particulières au sein des patients accueillis, en particulier les personnes âgées vivant seuls et les personnes démunies. Toutes les populations spécifiques peuvent bénéficier d'une prise en charge sociale.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels (poids, taille, IMC) sont tracés dans le dossier du patient dès son entrée, comme le confirme l'analyse du patient traceur. Une diététicienne présente dans l'établissement intervient auprès du patient si nécessaire. L'évaluation du risque suicidaire est systématique à l'entrée du patient et pendant son séjour par le biais d'échelles choisies par un groupe de travail en collaboration avec la psychologue. La psychologue a délivré une formation interne à ce sujet. L'établissement ne dispose pas de programme agréé d'éducation thérapeutique, mais des actions d'informations éducatives sont réalisées (ateliers de chute, surcharge pondérale, conseils diététiques pendant le séjour et la sortie, etc.). Un programme d'éducation thérapeutique de l'AVC est en cours d'élaboration pour en demander l'autorisation par un groupe de travail piloté par le médecin MPR.

La sortie du patient est discutée dès l'entrée du patient, avec l'intervention de l'assistante sociale si besoin et de l'ergothérapeute. Pour assurer la continuité et la sécurité des soins, les professionnels remettent au patient les documents de liaison (fiche de liaison infirmière, courrier d'hospitalisation, les rendez-vous...). Une check-list Sortie du patient est en place. Les indicateurs IQSS sont recueillis et suivi de plan d'action coordonné par les pilotes et le service qualité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pilote et son groupe de travail assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité du parcours du patient. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité et sur la base des évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement. Elle concerne notamment la prise en charge de population spécifique, des EPP, la réalisation de patient traceur (6 patients traceurs réalisés en 2018). Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Il existe un tableau de bord de l'établissement qui comprend les indicateurs nationaux et les indicateurs locaux. Les résultats sont synthétisés dans ce tableau en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé par le responsable qualité. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou le cas échéant, argumentés.

A / AGIR

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

La politique Parcours du patient ainsi que la politique EPP sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations, de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints. Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée par le pilote du processus en lien avec le service qualité. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques. Les évaluations et les actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. L'établissement réalise une communication sur ses EPP, ses audits dans son journal interne. Les résultats sont communiqués également au cours des réunions d'encadrement et relayés dans les services. Ils sont aussi communiqués aux instances concernées et notamment à la CDU.

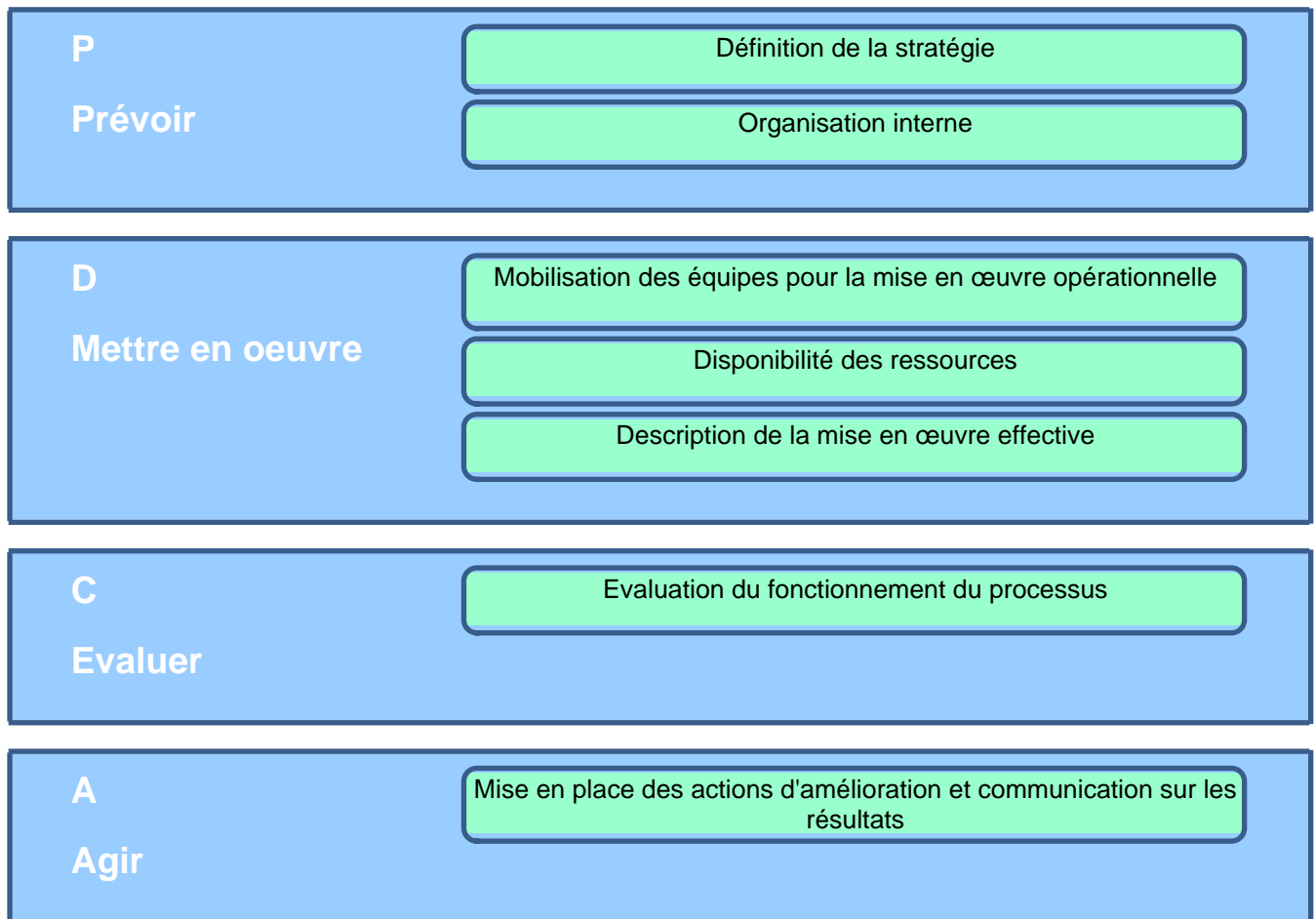
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe à la Clinique Clinalliance Pierrefitte sur Seine, une politique du dossier patient rédigée par le groupe de travail dossier patient, validée et approuvée par la directrice de l'établissement en juillet 2018 intégrant des objectifs et des références réglementaires. Elle a également été validée par la CME en juillet 2018. La politique du dossier patient englobe la gestion du dossier patient ainsi que l'accès du patient à son dossier. Cette politique du dossier patient est intégrée dans le projet d'établissement. Cette politique est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques.

Le groupe de travail dossier patient (RAQ, directrice, surveillante générale, médecin chef, stagiaire qualité, APA) a exploité les données des décisions de la V2010, les indicateurs IQSS en déroulant la prise en charge des EIO. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés (4 réunions en janvier et février 2018). Les risques ont été hiérarchisés par le groupe de travail dossier patient avec l'appui du service qualité selon la méthodologie HAS comportant l'attribution à chaque risque d'une fréquence, gravité et d'un niveau de maîtrise. Des objectifs d'amélioration sont inscrits dans le compte qualité. La mise en œuvre de cette politique est déclinée en plan d'action qui en précise les responsabilités pour chacune des actions et les dates retenues. L'évaluation est et les modalités de suivi de ces actions sont indiquées. Cette politique est diffusée au sein de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Le groupe de travail dossier patient est piloté par le médecin chef (présidente de la CME), la surveillante générale de soins, l'assistante qualité/GDR et la secrétaire médicale comme co-pilotes. Le groupe a été créé par une décision de la directrice. Tous les pilotes ont reçu une lettre de mission signée par la directrice. Ils ont reçu une formation portant sur le dossier informatisé du patient. Depuis 2014 le logiciel du dossier patient informatisé est déployé et utilisé. Des applications sont créées dans le logiciel répondant aux différentes rubriques de la prise en charge (évaluation du risque de chute, risque d'escarre, risque de fugue, risque suicidaire...). Ces applications sont conçues par les professionnels concernés et réalisées dans le dossier informatisé par le responsable informatique qui travaille de manière transversale dans les établissements du groupe.

Les formations sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement. Les nouveaux arrivants et les personnels de remplacement bénéficient aussi de formations. Il existe une procédure dégradée en cas de panne du dossier patient informatisé. Cette procédure est formalisée, communiquée et disponible dans chaque poste de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilotage opérationnel organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières par l'intermédiaire du journal interne de l'établissement et des réunions de services quotidiennes par la surveillante générale de soins). Les responsables du processus dossier patient communiquent auprès de leurs équipes sur la politique du dossier patient, sa mise en œuvre son évolution et son évaluation. Une documentation comportant un guide du dossier patient fait partie du livret d'accueil du professionnel. Elle a été remise à chaque professionnel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (soignants formés à l'utilisation du DPI), matériel (locaux adaptés, nombre de postes informatiques disponibles permettant un accès facile de tous les soignants : 2 postes fixes et 2 portables sur les chariots de distribution de médicaments pour chaque salle de soins, logiciel DPI facile à utiliser) et documentation (des documents explicitant l'utilisation du dossier sont disponibles sur le réseau et en papier) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles à tous les professionnels concernés qui ont été préalablement formés. Le dossier patient comporte une partie papier formalisée composée d'une fiche administrative, la fiche de désignation de la personne de confiance, les directives anticipées..., avec les correspondances à l'entrée et pendant le séjour. Ce dossier papier est formalisé et bien maîtrisé par l'ensemble des professionnels. Le dossier papier est conforme aux normes de sécurité et en préservant la confidentialité. Des fiches spécifiques pour les différents professionnels permettant la traçabilité en cas de mode dégradé sont disponibles dans un classeur spécifique à chaque étage. Les fiches ainsi utilisées peuvent être classées dans le dossier papier dans un emplacement prévu à cet effet. L'information sur la procédure à suivre

pour les patients qui souhaitent accéder à leur dossier est mise à disposition des patients avec le livret d'accueil. Il y a une procédure formalisée de communication du dossier médical (mise en base documentaire informatisée accessible, procédure à jour : juillet 2018).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tous tracés dans le dossier patient en temps utile. Ils sont partagés par tous les professionnels de santé intervenant dans cette prise en charge. Ces derniers ont accès au dossier patient avec un identifiant et un mot de passe. Les droits d'accès sont réglementés en fonction du statut de l'intervenant (La surveillante générale de soins et l'infirmière coordinatrice sont référents informatiques et peuvent assurer cette opération). Les données du patient sont réévaluées au cours du séjour. Le courrier de sortie est réalisé le jour même de la sortie du patient. L'archivage des pièces du dossier restant sous forme papier est organisé (la salle d'archive est fermée à clé qui est laissée chez la secrétaire médicale, l'accès à la porte de la salle d'archive passe par un sas fermé qui nécessite une deuxième clé à l'accueil). L'accès aux archives est réservé à la secrétaire médicale et les médecins, un cahier permet de noter en cas de prise ou retour de dossier le nom de la personne ayant effectué l'opération, la date et le numéro du dossier). L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation (5 demandes en 2018 qui ayant été traitées selon la réglementation et dossiers communiqués dans des délais conformes).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi du dossier patient par le biais des IPAQSS. Il a pratiqué un audit interne selon la méthodologie d'IPAQSS (exemple : en 2018 une revue de 30 dossiers montre une amélioration de plusieurs taux de tenue du dossier). Les résultats sont communiqués. Les délais réglementaires de communication du dossier au patient ou à ses ayants droits sont tracés et font l'objet d'un suivi.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La périodicité d'ajustement du programme d'action est définie. Des supports et modalités de diffusion sont établis (journal interne, réunion de services surveillante générale et équipe soignante, surveillante médico-technique et équipe de rééducation). Les résultats des indicateurs du dossier patient et les résultats des évaluations et des actions réalisées sont communiqués au sein de l'établissement auprès des professionnels et des usagers.

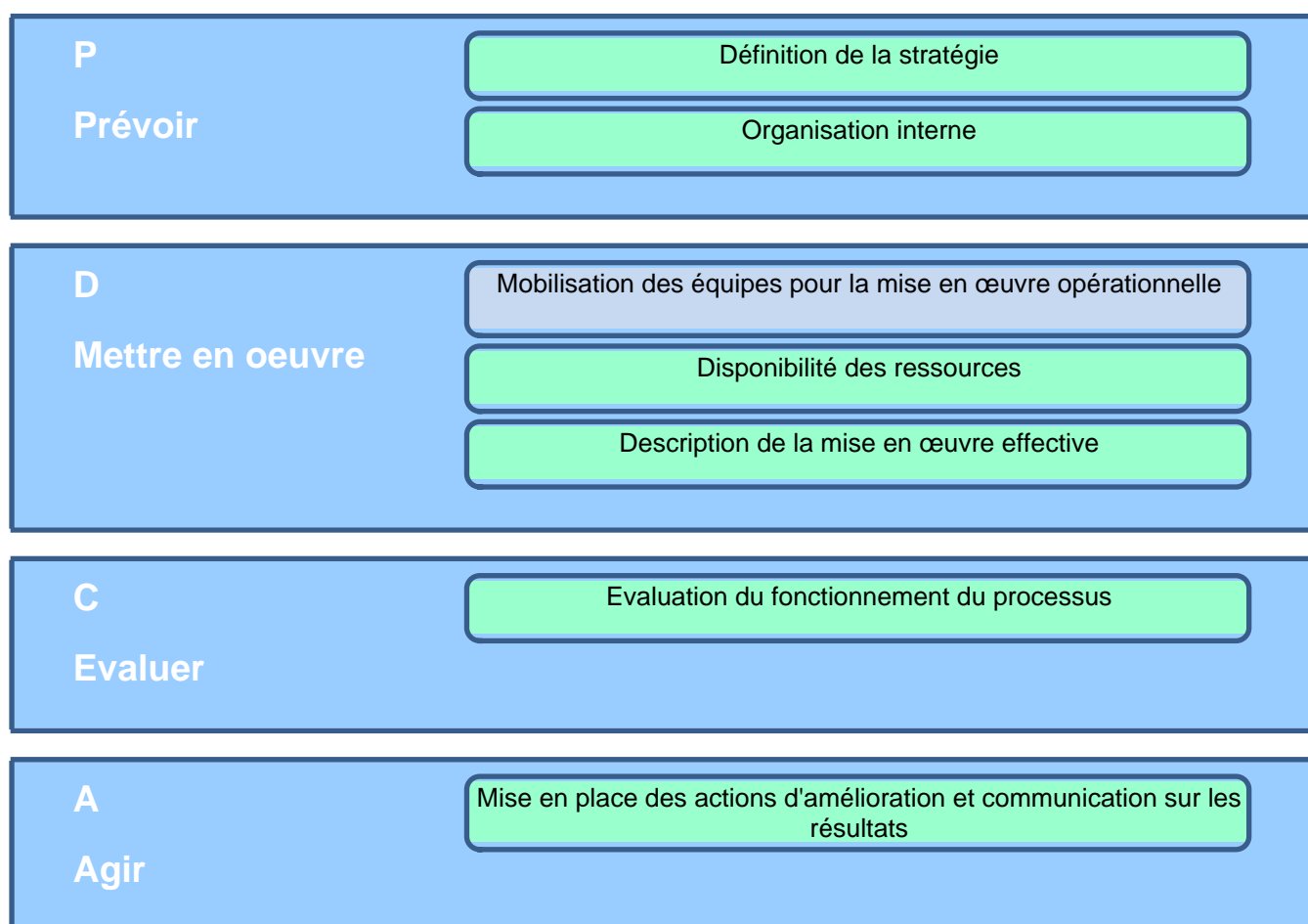
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le Manuel Qualité de la pharmacie est actualisé (14/03/2018). La politique de Management de la Prise en charge médicamenteuses (PECM) est formalisée et mise à jour. Elle a pour objectif prioritaire la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable et s'appuie sur un portage institutionnel fort, partagé par la Direction et la Présidente de la CME afin de :

- Développer un management de la qualité (objectifs, indicateurs de suivi, calendrier, système documentaire, organigramme, fiches de poste)
- Élaborer un programme d'actions,
- Partager une vision systémique de la PECM et une culture collective des risques,
- Élaborer un programme d'action, avec indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

Une attention particulière est portée aux personnes âgées au travers d'actions menées sur l'établissement comme la diffusion de documents ciblés et d'outils d'aide à la prescription accessibles sur le logiciel du dossier patient informatisé, via la Base Claude Bernard (Janvier 2014), relatifs à la prise en charge du sujet âgé, de supports adaptés à cette population spécifique et à risque. La politique du bon usage des antibiotiques est également formalisée. La cartographie des risques liée à la prise en charge médicamenteuse a été établie par un groupe de travail. Les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité. Ils ont été hiérarchisés selon les grilles de la HAS. Un plan d'action est élaboré, le pilote est désigné par action, un échéancier est fixé, des modalités de suivi sont déterminés. Il est intégré dans le PAQSS institutionnel. L'ensemble de cette stratégie est validée par le COMEDIMS et par la CME.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus. La pharmacienne a été désignée Pilote de la thématique « prise en charge médicamenteuse. Le RAQ est nommé Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Ils disposent d'une lettre de mission émanant de la Directrice. Le COMEDIMS est constitué, il est composé de la pharmacienne, de la présidente de CME, de la présidente de l'UHH/CLIN, du CLUD, du CLAN de la surveillante générale, de l'IDEC et d'une IDE. Il se réunit au moins trois fois par an.

La prise en charge médicamenteuse est informatisée et intégrée au SDSI (Schéma Directeur du Système d'Information). La conciliation médicamenteuse a débuté dès février 2018. Les médecins disposent d'un tableau spécifique sur le logiciel informatique, un EBM avec trois colonnes : une pour le traitement habituel, une pour le traitement actuel, et une pour les modifications. Elle est réalisée de façon pluridisciplinaire. Au besoin, il est fait appel au médecin traitant. La Directrice, la pharmacienne, la présidente de CME et la surveillante générale des soins infirmiers, en collaboration du Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, déterminent et fournissent les ressources nécessaires pour mettre en œuvre, entretenir et améliorer le Système de Management de la Qualité. La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est située au rez de chaussée de la clinique. Elle réalise, pour les médicaments, les opérations de gestion, approvisionnement, détention, stockage, dispensation et délivrance des médicaments, conseils auprès des professionnels. Elle est gérée par une pharmacienne gérante. Celle-ci dispose de la liste des médecins prescripteurs établie et tenue à jour par la Direction. Il y a 3 médecins gériatres (dont l'un est infectiologue), un cardiologue, un médecin MPR, un médecin généraliste. La pharmacienne est le correspondant local de pharmacovigilance. Les procédures relatives aux médicaments sont validées et mise en ligne sur le site intranet de l'établissement dans l'espace professionnel. Des moyens de communication sont mis en place pour assurer l'interface entre la pharmacie, les services et les patients : messagerie du logiciel du dossier patient informatisé, fiches de liaison, notes de service. La visite de service par le pharmacien est systématisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle est opérationnelle avec l'appui de la Pharmacienne, du RSMQPCM, de la présidente de CME, de l'encadrement et des professionnels de terrain. La pharmacienne sensibilise les professionnels sur les risques identifiés sur le processus du médicament ainsi que sur leurs résultats.

La pharmacienne réalise régulièrement des actions de sensibilisation auprès des professionnels sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, leur déclaration en cas de survenue (pharmacovigilance). Des formations aux erreurs médicamenteuses sont organisées : sur les Never events pour les prescripteurs et les soignants, sur la préparation des piluliers, sur les médicaments écrasables, etc... La pharmacienne incite les professionnels à déclarer les dysfonctionnements liés au médicament, et

s'assure de l'appropriation et de l'application des différentes procédures. De nombreuses évaluations sont réalisées sur cette thématique. Les professionnels rencontrés connaissent les risques liés au circuit du médicament. Des audits réguliers sont organisés. Des CREX sont réalisés pour toute erreur liée aux médicaments. Les professionnels sont associés à l'analyse. La pharmacienne assure la formation des nouveaux recrutés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La pharmacie à usage intérieur comprend un bureau, une salle de détention des médicaments, une salle avec le réfrigérateur, une salle de détention des SHA, des gants non stériles et le matériel de DASRI. Il y a une zone de stockage de l'oxygène. Des armoires et réfrigérateurs sont réservés à la dotation dans les unités de soins. Chaque service est équipé de chariots de médicaments destinés à l'administration des médicaments et d'un chariot d'urgence. Il y a également un coffre sécurisé pour le stockage des stupéfiants dans l'armoire de chaque service d'hospitalisation complète.

Les médicaments à risques sont identifiés et facilement repérables grâce à une pastille rouge, dans les armoires à médicaments. L'achat des traitements sous conditionnement unitaire est favorisé. Dans le cas contraire, les blisters sont conservés en entier. Chaque étage dispose d'une armoire de dotation : la commande de la dotation se fait en fonction des quantités en stock dans les armoires et en fonction de la consommation du moment pour permettre au service de fonctionner une semaine. Le rangement se fait selon la voie d'administration : orales, injectable, ou autre) et par ordre alphabétique. Sur la façade du casier, figure la liste des médicaments présents. Le nom du médicament, son dosage, sa DCI et sa voie d'administration sont inscrits dans chaque case.

Un tableau des équivalents génériques et un livret d'équivalence est présent dans chaque poste de soin et chaque médecin possède un livret d'équivalence. Le livret thérapeutique est disponible à chaque étage, il est révisé annuellement et validé en COMEDIMS et en CME. Des outils d'aide à la prescription sont disponibles, le logiciel BCB et le Vidal.

La liste des médicaments à risques est présente dans chaque poste de soins : les anticoagulants, les insulines, les benzodiazépines. Un tableau des équivalents des insulines est présent dans le poste de soin. Le chlorure de potassium est isolé dans le chariot d'urgence.

Il existe une armoire d'urgence au 2° étage pour provisionner les besoins en médicaments des services, en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Celle-ci est contrôlée de façon bi-hebdomadaire par les IDE du service.

Un réfrigérateur est présent à chaque étage pour la conservation des médicaments soumis à la chaîne du froid. Le contrôle de la température est réalisé tous les jours. La procédure à suivre en cas de dysfonctionnement est connue. Des procédures et protocoles sont rédigés sur les points critiques du processus :

- Gestion des médicaments stupéfiants,
- Gestion du chariot d'urgence et du kit d'aspiration bronchique,
- Commande et réception des médicaments et des DM,
- Circuit du médicament (excepté stupéfiants) et des DM,
- Gestion des retraits de lots et de périmés en pharmacie,
- Commande et réception de l'oxygène-Contrôle de la centrale d'O2 et de la centrale de vide,
- Guide de bon usage des antibiotiques,
- Surveillance des médicaments soumis à la chaîne du froid,
- Gestion des clés de la pharmacie,
- Vérification du défibrillateur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le jour de l'arrivée du patient, le médecin prescrit le traitement du patient en tenant en compte le livret thérapeutique de la clinique et des prescriptions présentes dans le dossier d'entrée du patient.

De leur côté, les orthophonistes notent dans le dossier patient informatisé si le médicament doit être écrasé. Le traitement personnel du patient est mis dans l'armoire du poste de soin avec une étiquette portant son nom et conservé jusqu'à sa sortie où ils lui seront remis. A l'hôpital de jour, le patient emmène avec lui les médicaments de midi dans leurs boîtes d'origine, prescrits sur leur ordonnance d'origine. Le médecin du service retranscrit le traitement dans le logiciel informatique. L'IDE du service vérifie la prise du traitement et l'enregistre dans le dossier informatisé.

La PUI est ouverte de lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h à 17h00.

Toutes les prescriptions font l'objet d'une analyse pharmaceutique, la pharmacienne ayant accès aux données cliniques et biologiques du patient. La dispensation nominative est réalisée le lundi selon un plan de dispensation de 7 jours à partir des prescriptions informatisées. Sur l'étage des EVC, elle se fait toutes les 4 semaines selon un plan de dispensation de 28 jours.

Le transport des médicaments se fait dans des bacs scellés, les médicaments thermosensibles dans des pochettes isothermes. Seuls les IDE ou les médecins sont habilités pour administrer les médicaments. Les piluliers sont préparés par l'IDE tous les jours après le repas de midi et pour 24 heures. Les médicaments ne sont déblistérés qu'au moment de la prise après le contrôle ultime. Les traitements laissés à la gestion du patient dans la chambre sont mentionnés dans le logiciel du patient informatisé. Une fiche de signalement d'évènement indésirable est rédigée pour tout dysfonctionnement lié au médicament. Si besoin, un CREX est réalisé. A la sortie du patient, les ordonnances sont rédigées par les médecins. Un double est conservé dans le dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Différents audits sont régulièrement effectués par l'IDEC et la surveillante générale en collaboration avec la pharmacienne :

- audit de l'administration,
- audit des piluliers,
- audit de la conformité des prescriptions papier par rapport aux prescriptions informatiques,
- audits des chariots de médicaments.

Une EPP a été réalisée sur la gestion du traitement personnel du patient, sur la pertinence de la prescription d'antibiotique. Des revues de prescriptions sont également menées. La surveillance du processus se fait grâce aux indicateurs suivants:

- Indicateurs IPAQSS,
- Indicateur ICATB,
- Indicateurs issus de l'analyse des FSEI,
- Indicateurs issus du programme qualité et sécurité du COMEDIMS.

A / AGIR

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

Les évaluations et les analyses réalisées ont permis de faire évoluer l'ensemble des processus liés aux médicaments. Les actions identifiées dans le compte qualité sont mises en œuvre, comme par exemple la formation des professionnels à la iatrogénie et erreurs médicamenteuse, la formation sur les médicaments écrasables, l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats des évaluations réalisées et des actions menées sont présentés en COMEDIMS et sont communiqués aux professionnels par le biais des instances, des réunions de service, par le journal interne.