



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

S.S.R. Le Verger des Balans

**9 Route des Balans
24430 Annesse et Beaulieu
MARS 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	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LE VERGER DES BALANS	
Adresse	9 route des balans 24430 Annesse Et Beaulieu
Département / région	DORDOGNE / NOUVELLE-AQUITAINE
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	240002428	SARL LE VERGER DES BALANS	9 route des balans 24430 Annesse Et Beaulieu
Etablissement de santé	240008318	LE VERGER DES BALANS	9 route des balans 24430 Annesse Et Beaulieu

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

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Unité Cognitivo Comportementale	Démence mixte éval symptômes psychocomportementaux	programmé	simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

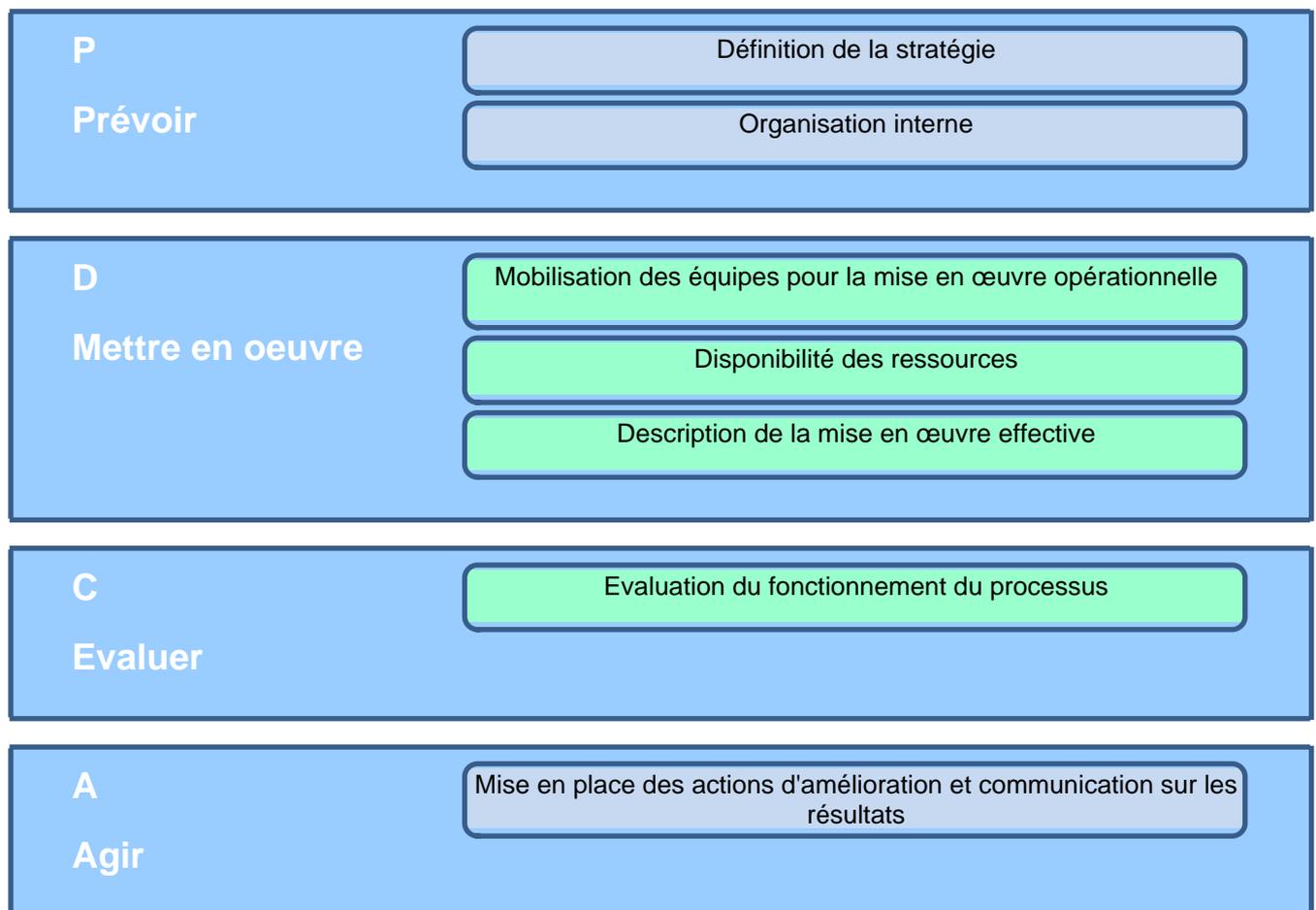
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le SSR Le Verger des Balans est un établissement privé à but lucratif qui se situe en Dordogne à Annesse et Baulieu près de Périgueux.

C'est un SSR qui est constitué d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) de 12 lits.

L'établissement est exclusivement réservé aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à des fins d'évaluation, d'orientation, de prise en soins des symptômes psycho comportementaux qui peuvent accompagner, en situation de crise, l'évolution de la maladie.

L'UCC fait partie du Groupe Privé Francheville Périgord Santé qui comprend également le Centre de Rééducation Fonctionnelle et Cardiaque La Lande et la Polyclinique Francheville.

Un avenant au CPOM a été signé en octobre 2017 pour la période 2017 / 2018.

Un EHPAD d'une capacité de 52 lits, appartenant au groupe, est situé sur le même site.

L'établissement à un programme d'éducation thérapeutique validé « Vivre avec une maladie d'Alzheimer ou apparentée au quotidien » depuis août 2017.

Le processus MQGDR est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques. Les mesures de traitement sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

L'UCC a identifié et analysé ses risques avec le personnel concerné, et les a priorisés.

En effet, dans le cadre du compte qualité, les audits de processus ont permis d'évaluer le niveau de maturité des processus et de poser un diagnostic général sur les organisations et les pratiques de l'établissement.

Une cartographie des risques a été élaborée par thèmes prioritaires.

Les sources de données ont été par exemple : la réglementation, les évaluations, les événements indésirables et les besoins exprimés par la CDU.

La précédente procédure de certification en 2015 avait relevé :

-1 réserve concernant l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

-2 recommandations concernant le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins et la gestion des événements indésirables.

Suite à un rapport, la réserve sur l'identitovigilance et la recommandation sur les événements indésirables ont été levées. Un suivi de la recommandation concernant le programme qualité a été réalisé.

Les risques ainsi identifiés et analysés, ont été reportés collégialement vers le compte qualité de l'établissement selon une méthode définie par la HAS.

L'établissement a rédigé une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins validé en mars 2018 et à réviser avant mars 2019. Elle intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

L'UCC a mené une réactualisation des orientations stratégiques du projet d'établissement 2013 -2018

Un bilan d'étape du projet d'établissement a été réalisé sur plusieurs COMEX et validé le 07 juillet 2017. Suite à cette évaluation, les orientations stratégiques ont été revues et validées lors de la réunion du 01 septembre 2017.

La direction de l'établissement s'est engagée sur 12 axes qui fondent sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- assurer à l'usager, sécurité et qualité des soins
- anticiper les situations de crise
- instaurer une culture qualité et sécurité
- assurer une veille informationnelle et diffuser les bonnes pratiques
- former les acteurs
- se doter d'outils informatiques
- identifier et analyser les risques
- promouvoir le signalement des EI
- évaluer les pratiques professionnelles
- organiser le pilotage des processus
- assurer le suivi du PAQSS

En ce qui concerne le compte qualité, l'UCC s'engage à le mettre régulièrement à jour.

Le compte qualité est élaboré à partir des politiques des processus. Cette élaboration associe les pilotes de processus dont les médecins, la direction et un représentant des usagers.

L'envoi du compte qualité a été validé par le directeur et le président de la CME lors d'une réunion du CODIR à laquelle assiste un représentant des usagers.

Le compte qualité a été ensuite diffusé via la gestion documentaire et porté par les pilotes.

Le recueil, l'analyse des données et la mise en place des plans d'actions ont été réalisés par les instances de l'établissement suivant leur domaine de compétences.

C'est le CODIR qui définit les évaluations à mettre en place.

Un tableau de bord général de suivi des EPP thématiques est en place.

Les 12 EPP actuellement en cours concernent :

- le suivi des patients à la sortie: mesure de la satisfaction des aidants
- la sécurité du circuit du médicament
- préservation et limitation de libertés
- la prise en charge de la douleur
- la réévaluation de l'antibiothérapie
- les RMM sur les décès
- le CREX
- l'identitovigilance et sécurisation du parcours patient
- la confidentialité du dossier patient
- la pertinence de la prescription de pet-scan
- l'audit de processus "Parcours patient"
- le patient traceur

Le personnel est informé par l'intermédiaire du CODIR et du référent qualité gestion des risques.

La communication passe par l'intermédiaire :

- du journal interne au groupe (Trait-d'Union)
- des réunions de service
- des mini-formations
- du livret d'accueil du personnel.

ORGANISATION INTERNE

L'UCC maîtrise son fonctionnement. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés

Il existe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Un CODIR est en place pour piloter et mettre en œuvre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il est composé du directeur de l'établissement, du médecin chef et président de la CME, du responsable des soins et du responsable qualité et gestion des risques. Il se réunit régulièrement et a formalisé un règlement intérieur. Son rôle est d'entretenir la dynamique de la démarche, de valider les orientations générales, de faire le lien entre les différents métiers et de coordonner les différentes instances décisionnelles et consultatives de l'établissement.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu diffusé au sein de l'UCC.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est donc effective.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par le responsable qualité en conformité avec la réglementation. Ses missions et liens fonctionnels sont définis.

L'établissement sensibilise et soutient les professionnels à l'utilisation des signalements des événements indésirables.

Des fiches de poste précisent le rôle et les responsabilités des professionnels en matière de qualité et de risques.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont cohérentes avec la politique de l'établissement.

Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation sur divers thèmes.

De nombreuses formations Qualité-Risques sont organisées chaque année. Elles concernent, par exemple, l'analyse des événements indésirables ou l'initiation à la démarche qualité.

Le responsable qualité assiste régulièrement aux journées organisées par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine).

Les documents utiles sont identifiés et accessibles dans la gestion documentaire informatique, on y trouve notamment le programme pluriannuel d'actions qualité – gestion des risques (PAQSS).

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

Des actions de communication sont mises en place pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du secteur d'activité déploie la qualité et la gestion des risques en lien avec les orientations de l'UCC. C'est le CODIR de l'établissement qui assure ce rôle.

L'établissement s'est réellement mobilisé dans l'élaboration du compte qualité.

L'établissement produit et diffuse chaque mois un tableau de bord avec les indicateurs dans le domaine de la qualité et gestion des risques.

Des besoins et des risques spécifiques peuvent nécessiter des actions ciblées au niveau des différents services. Ces actions seront intégrées dans le PAQ de la structure.

L'encadrement assure le suivi des actions d'amélioration, l'impact sur les résultats et l'appropriation des EPP et communique avec l'équipe sur la politique générale, le développement des EPP et les indicateurs.

Il s'assure également de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités.

La direction de l'UCC est à l'écoute des équipes par rapport à la charge de travail.

Des remplacements sont systématiquement mis en place en cas d'absentéisme.

Pour assurer la qualité et la sécurité des soins l'établissement a formalisé des dispositions à mettre en œuvre si les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

Les professionnels en poste sont formés.

Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles : projet, guide pour la mise en œuvre des EPP, gestion des événements indésirables, situation de crise, etc.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré, opérationnel et connu par les professionnels qui accèdent facilement aux documents qui les concernent.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins notamment au niveau accessibilité et confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Verger des Balans met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du processus qualité avec :

- Déclinaison opérationnelle structurée du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la sécurité des soins,
- Démarche d'évaluation des risques à priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement,
- Dispositif de gestion d'événement indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, avec la méthode ORION et REMED,
- Coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques, et enfin,
- Exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers avec contribution au programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Les protocoles et procédures sont disponibles et concernent toutes les activités de l'UCC.

Les interfaces entre les professionnels sont opérationnelles.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Il existe un tableau synthétique des indicateurs dans la gestion documentaire.

La gestion documentaire est informatisée, elle est connue et utilisée par les professionnels.

Le PAQSS prend en compte l'ensemble des éléments attendus, comporte toutes les actions de l'UCC avec la possibilité de trier ces actions selon des critères divers et variés (par secteur, par échéance, etc.), est validé et connu.

La gestion de crise est organisée dans la structure.

Des astreintes médicales et administratives sont en place.

Le SSR a validé et diffusé le Plan Blanc mis à jour le 4 juillet 2018. Il comporte des annexes concernant : la pandémie grippale, la canicule et les risques NRBC.

Le Verger des balans dispose également d'un plan de sécurisation de l'établissement.

La composition et les missions de la cellule de crise sont formalisées.

L'établissement dispose par ailleurs d'un plan de reprise d'activité suite à une panne informatique.

Les référents des vigilances sont opérationnels.

Un bilan d'activité de chaque vigilance est réalisé.

Les alertes sanitaires sont gérées avec une diffusion de l'information au niveau de l'UCC.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la CDU, est organisée.

La qualité et l'efficacité du processus de Management de la Qualité et Gestion des Risques sont évaluées à périodicité définie par les pilotes des processus :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Les tableaux de bord des indicateurs sont élaborés par processus.

Le tableau de bord des indicateurs du processus « management de la qualité et gestion des risques » concerne : l'intitulé de l'indicateur, la description, l'opérateur chargé du recueil, l'objectif cible, la date de mise en place, la méthode de calcul, le résultat et la fréquence.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles, les indicateurs nationaux, régionaux et locaux. Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et du secteur d'activité.

L'organisation permet le déploiement et la mise en oeuvre de démarches EPP avec l'engagement effectif des professionnels.

Un bilan de la mise en oeuvre du programme d'amélioration est réalisé au moins une fois par an.

Les actions mises en oeuvre mettent en évidence une diminution du niveau de risque et une amélioration de la réponse aux besoins.

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :

- les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
- les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
- les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les délais de mise en oeuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

Exemples de bilan : EI, EIG, retour d'expérience, plaintes et réclamations, démarches EPP, audits externes et internes, etc.

A / AGIR

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

L'UCC maîtrise son fonctionnement, l'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le programme qualité et gestion des risques et à fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Les résultats sont diffusés aux professionnels et appropriés.

Des objectifs opérationnels sont déclinés et traduits en plan d'actions d'amélioration.

Les plans d'actions concernent par exemple : les recommandations des contrôles réglementaires, la satisfaction des usagers, les EPP, la pertinence des soins, les pratiques cliniques, les événements indésirables, les activités de soins à risque, les plaintes et recommandations, le risque infectieux, le bon usage des médicaments, les situations de crise, etc.

Le personnel rencontré connaît la politique générale de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement.

Les équipes participent par exemple :

- à l'élaboration des procédures, des protocoles et autres documents.
- à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables, aux vigilances
- aux EPP, REX, RCP...
- à la gestion des plaintes et réclamations
- aux audits et évaluations diverses
- à la gestion de crise
- à l'accès aux résultats des indicateurs.

Les instances valident le PAQSS, elles suivent les tableaux de bord liés aux indicateurs qualité et sécurité dont les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers.

Ce suivi est réalisé à périodicité définie et permet au CODIR de le réajuster si besoin.

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration et à la mise en oeuvre du PAQSS, notamment dans le cadre de la CDU.

Elle a proposé des actions et elle a participé à des groupes de travail.
Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers.

En cas de plainte, le patient est informé des modalités de traitement et des actions correctives.
L'établissement encourage la représentativité des patients et l'intervention des associations.

Le personnel est informé par l'intermédiaire du panneau qualité, situé au RDC dans le hall d'accueil, sur lequel sont affichés le dernier compte-rendu du Comité de Pilotage, le plan d'actions qualité et gestion des risques, les éventuels appels à candidature, le résultat des indicateurs et l'analyse des questionnaires de satisfaction ainsi que toutes les informations nécessaires.

Le personnel est informé par l'intermédiaire des membres du CODIR et du référent qualité gestion des risques des différents travaux en cours.

La communication passe par l'intermédiaire :

- du journal interne du groupe « Trait-d'Union »
- des réunions de service
- des mini-formations
- du classeur de protocoles.

Au niveau du Groupe, chaque année, une journée événementielle sur une thématique spécifique est organisée afin d'informer les établissements :

- de l'avancée de chaque démarche qualité
- d'échanger sur les difficultés rencontrées
- d'informer sur les projets qualité du Groupe
- d'informer sur les derniers textes parus.

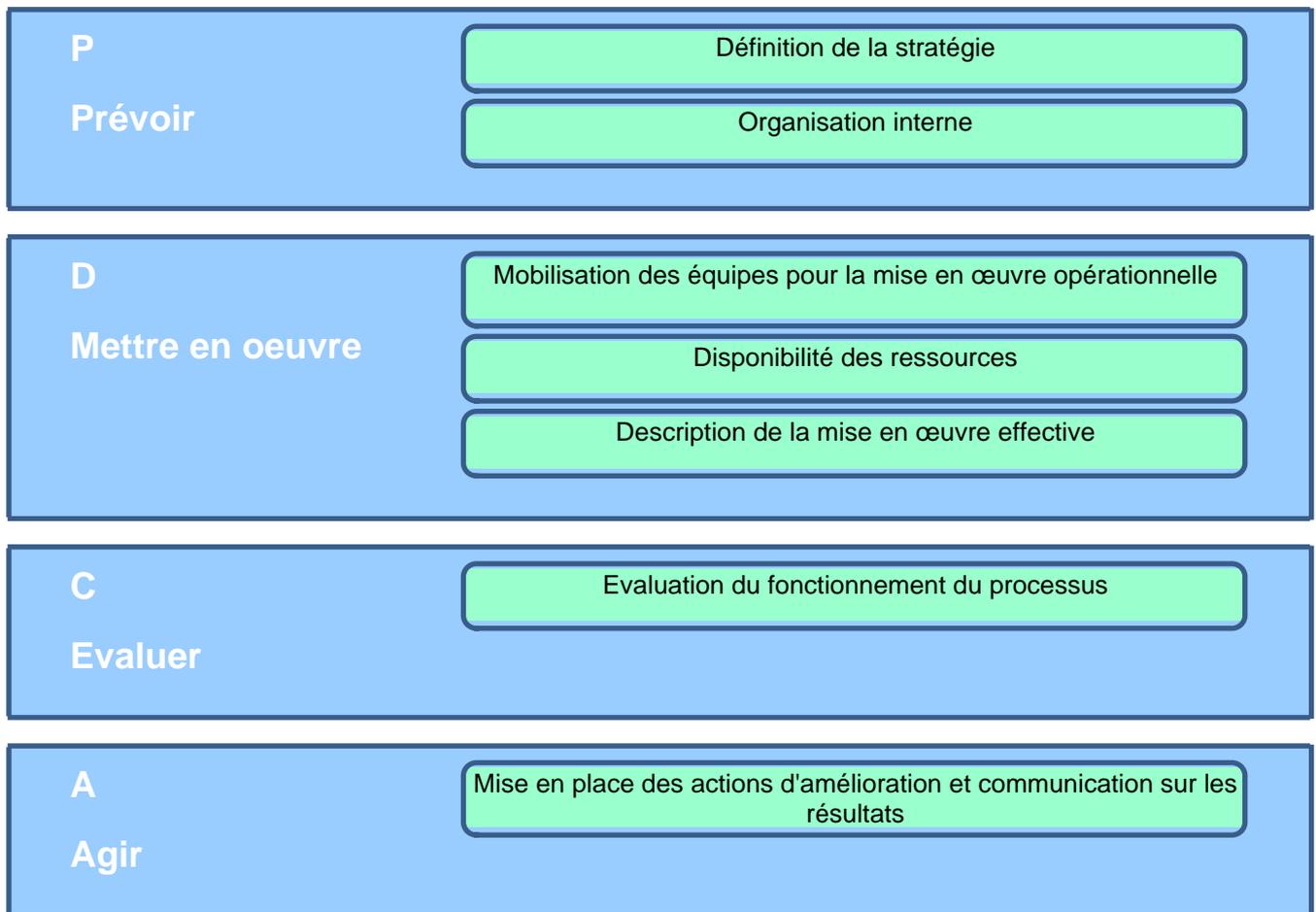
DROITS DES PATIENTS

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 identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés.
L'UCC, en lien avec la CDU, a identifié et analysé les situations de maltraitance.

Le respect de la confidentialité est mesuré et fait l'objet d'une sensibilisation permanente des équipes.

Les sources de données utilisées pour réaliser son analyse des risques sont identifiées :

- Les résultats des questionnaires de satisfaction
- les évaluations, les audits, les enquêtes, les analyses des événements indésirables
- le suivi des plaintes et réclamations
- les résultats des indicateurs
- l'écoute des patients et des professionnels, etc.

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées à partir d'une cartographie reprenant tous les thèmes des droits des patients.

Les risques sont hiérarchisés selon la méthode HAS.

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Un projet d'établissement 2013-2018 est rédigé. Les politiques et objectifs concernant, par exemple, les droits des patients, l'éthique, la prise en charge de la douleur et la bientraitance sont déclinées.

C'est le CODIR qui décline et diffuse ces politiques et ces objectifs.

La politique des droits des patients est connue des professionnels.

La CDU (Commission Des Usagers) est en place depuis plusieurs années.

Les représentants des usagers sont au nombre de 4 dont 2 de l'association UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) et 2 de l'ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)

Les usagers participent au CDU, au CoViRisQ (pour certains thèmes), à l'EOH, à l'EOD (douleur) et à la commission restauration.

Il existe un rapport annuel de la commission des usagers pour 2017 qui a été validé en mai 2018.

Le thème de la confidentialité est abordé dans le règlement intérieur de l'établissement et est exprimé comme un devoir.

La gestion des risques est coordonnée par le CoViRisQ (Comité des vigilances, des risques et de la qualité)

Le Verger des Balans a décliné en objectifs la politique des droits des patients, le PAQSS de l'établissement comporte le programme des droits.

Le programme prend en compte les conclusions de la dernière démarche de certification.

Ce programme précise les modalités de suivi suivante pour chaque action :

- définition des responsabilités
- planification des délais de réalisation
- suivi et communication des résultats

Quelques exemples d'actions réalisées dans la clinique dans le cadre du programme d'amélioration :

- la communication des indicateurs (IPAQSS) qui traduisent la bientraitance / maltraitance
- la gestion du dossier pour qu'il ne soit pas à la vue de tous
- le circuit de distribution du livret d'accueil
- l'information dans le livret d'accueil des modalités de l'écoute des patients
- l'harmonisation des pratiques de contention, etc.

Le CODIR a mis en place un système de hiérarchisation des actions avec une priorité des actions qui découlent de la réglementation.

Le PAQSS est présenté annuellement aux instances du SSR.

ORGANISATION INTERNE

Un CODIR est en place pour piloter et mettre en œuvre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce COPIL de la démarche qualité et de la gestion des risques est pluridisciplinaire.

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus « Droits des patients » et mettre en œuvre la politique de bienveillance. Cette organisation est articulée avec la CDU.
 Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.
 La composition et les activités de la CDU sont conformes à la réglementation.
 Les services organisent un staff hebdomadaire.

Un plan de formation est élaboré, il répond aux besoins des professionnels au regard des activités de l'UCC.
 L'établissement est doté d'une base documentaire informatisée et généralisée pour l'ensemble du personnel.
 Les processus et procédures sont identifiés.
 Le livret d'accueil permet l'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU.
 Le livret de l'UCC comporte un chapitre sur les droits des patients et l'information pour contacter les représentants des usagers.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels.
 Des actions de communication sont mises en place pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du secteur d'activité déploie la qualité et la gestion des risques en lien avec les orientations de l'établissement. C'est le CODIR qui assure ce rôle.

L'encadrement des services et les médecins communiquent avec les équipes sur la politique générale, le développement des EPP et les indicateurs.

L'établissement produit et dispose d'un tableau de bord avec les indicateurs dans le domaine des droits des patients.

Des besoins et des risques spécifiques peuvent nécessiter des actions ciblées au niveau du service, en lien avec les attentes des usagers.

Ces actions sont intégrées dans le PAQSS de la structure.

L'encadrement assure le suivi des actions d'amélioration, l'impact sur les résultats et l'appropriation des EPP.

Il s'assure également de la conformité des pratiques aux dispositions prévues.

Le Verger des Balans organise pour tout nouvel arrivant au sein de la structure un accompagnement au cours duquel sont abordés les thèmes de la personne de confiance et les directives anticipées.

Les professionnels connaissent les procédures de déclaration des événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

La personne de confiance est renseignée dans tous les dossiers patients que les experts visiteurs ont pu consulter lors de leur visite.

Le livret d'accueil aborde l'accès au dossier médical, le recueil du consentement, la désignation de la personne de confiance, la prise en charge de la douleur et la présence de représentants des usagers au sein de l'association.

La charte de la personne hospitalisée est affichée sur tous les sites visités et se trouve intégrée dans le livret d'accueil.

L'établissement est constitué uniquement de chambres individuelles.

Les familles sont associées dans la mesure du possible aux décisions thérapeutiques.

Une psychologue est présente au sein de l'établissement et est disponible sur demande en cas de besoin.

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités.

La direction du SSR est à l'écoute des équipes par rapport à la charge de travail.

Des remplacements sont systématiquement mis en place en cas d'absentéisme.

Pour assurer la qualité et la sécurité des soins l'établissement a formalisé des dispositions à mettre en

œuvre si les effectifs nécessaires ne sont pas présents.
Les professionnels en poste sont formés aux droits des patients (dont bienveillance et libertés individuelles) et des actions de formation et de sensibilisation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels sont formés pour : la prise en charge de la douleur, les gestes d'urgence, la bienveillance et les libertés individuelles.

Le service dispose de procédures sur les thèmes suivants : confidentialité et secret professionnel, annonce d'un dommage associé aux soins, prévention et signalement de la maltraitance, promotion de la bienveillance, prévention et limitation de liberté et protection juridique.

La charte de la personne hospitalisée est affichée.

Les restrictions de liberté lorsqu'elles sont nécessaires font l'objet de prescriptions médicales réévaluées.

La douleur est systématiquement évaluée et tracée.

Le consentement éclairé ou refus de soin font l'objet d'un recueil sur un formulaire institutionnel.

Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est systématiquement recherché.

Les plaintes et réclamations des patients sont enregistrées et font l'objet d'un traitement.

Le programme de travail sur la thématique maltraitance et bienveillance est établi et les modalités de signalements sont définies et diffusées.

L'enquête annuelle de satisfaction montre que les patients ont une bonne perception du respect des droits.

Les résultats ont été présentés et discutés notamment en CDU.

Tous les professionnels rencontrés sont tout particulièrement attentifs au respect de la dignité et de l'intimité lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement..

Des actions de sensibilisation sont menées.

L'accès informatique est sécurisé et organisé, ce qui permet le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Dans le cadre de l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, une permanence de l'accueil est assurée aux horaires d'ouverture de l'UCC.

L'accueil est personnalisé et l'équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, AS, psychologue, assistante sociale etc.) permet d'accueillir l'entourage des patients de manière adaptée à la situation et de proposer un soutien si nécessaire.

Le livret d'accueil contient des informations pour l'entourage du patient et les patients sont informés sur le droit concernant la désignation d'une personne de confiance.

L'équipe soignante favorise à chaque fois que cela est possible la visite de l'entourage.

Une organisation est définie pour informer le patient sur son état de santé.

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre de son projet de soins est effective, avec des modalités permettant le respect des libertés individuelles.

Le consentement et la participation du patient à son traitement sont toujours recherchés et tracés, comme le refus de soins.

La gestion des événements indésirables est structurée et l'information du patient en cas de dommage lié aux soins est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité et l'efficacité du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage sont évaluées à périodicité définie par les pilotes des processus :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Les tableaux de bord des indicateurs sont élaborés par processus.

Le tableau de bord des indicateurs du processus « droits des patients » concerne : l'intitulé de l'indicateur, la description, l'opérateur chargé du recueil, l'objectif cible, la date de mise en place, la méthode de calcul, le résultat et la fréquence.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles, les indicateurs nationaux, régionaux et locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et du secteur d'activité.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé au moins une fois par an.

Les actions mises en œuvre mettent en évidence une diminution du niveau de risque et une amélioration de la réponse aux besoins

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :

- les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
- les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
- les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

Exemples de bilan : EI, EIG, retour d'expérience, plaintes et réclamations, démarches EPP, audits externes et interne, etc

L'établissement dispose d'un registre des plaintes et réclamations dans lequel aucune plainte n'a été enregistrée. Si une plainte était déposée, celle-ci ferait l'objet d'une étude au niveau de la CDU.

Dans la mesure où il n'y a eu que deux demandes d'accès au dossier de la part des patients ou ayants-droits, le respect du délai de transmission des dossiers n'a pas pu être évalué sur le long terme.

L'UCC à développer une forte culture qualité avec notamment la mise en place de nombreux CREX.

A / AGIR

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

Les plans d'actions déterminés au regard des principaux risques identifiés, ont été mis en œuvre.

L'établissement réexamine les risques significatifs non éliminés afin de déterminer des actions complémentaires de traitement ou de réduction de ces risques.

La politique de bientraitance est ajustée en fonction des résultats des évaluations.

Les actions peuvent porter sur : la dignité, l'intimité, la confidentialité, la satisfaction du patient et de son entourage etc.

Le PAQSS de l'établissement regroupe toutes les actions, dont celles relatives au processus de gestion des droits du patient. Le programme d'actions fait l'objet d'un suivi.

Les IPAQSS concernent principalement l'évaluation de la douleur et la tenue du dossier patient.

Le SSR a mis en place un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

La communication de ces démarches, en dehors du cadre des diverses instances, est relayée par voie d'affichage, diffusion du journal interne au groupe « Trait-d'Union » et messagerie sur intranet,

Les usagers sont informés des résultats des évaluations et actions menées par voie d'affiches pour les indicateurs et par le biais des réunions de la CDU ou réunions des autres instances où ils sont membres.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

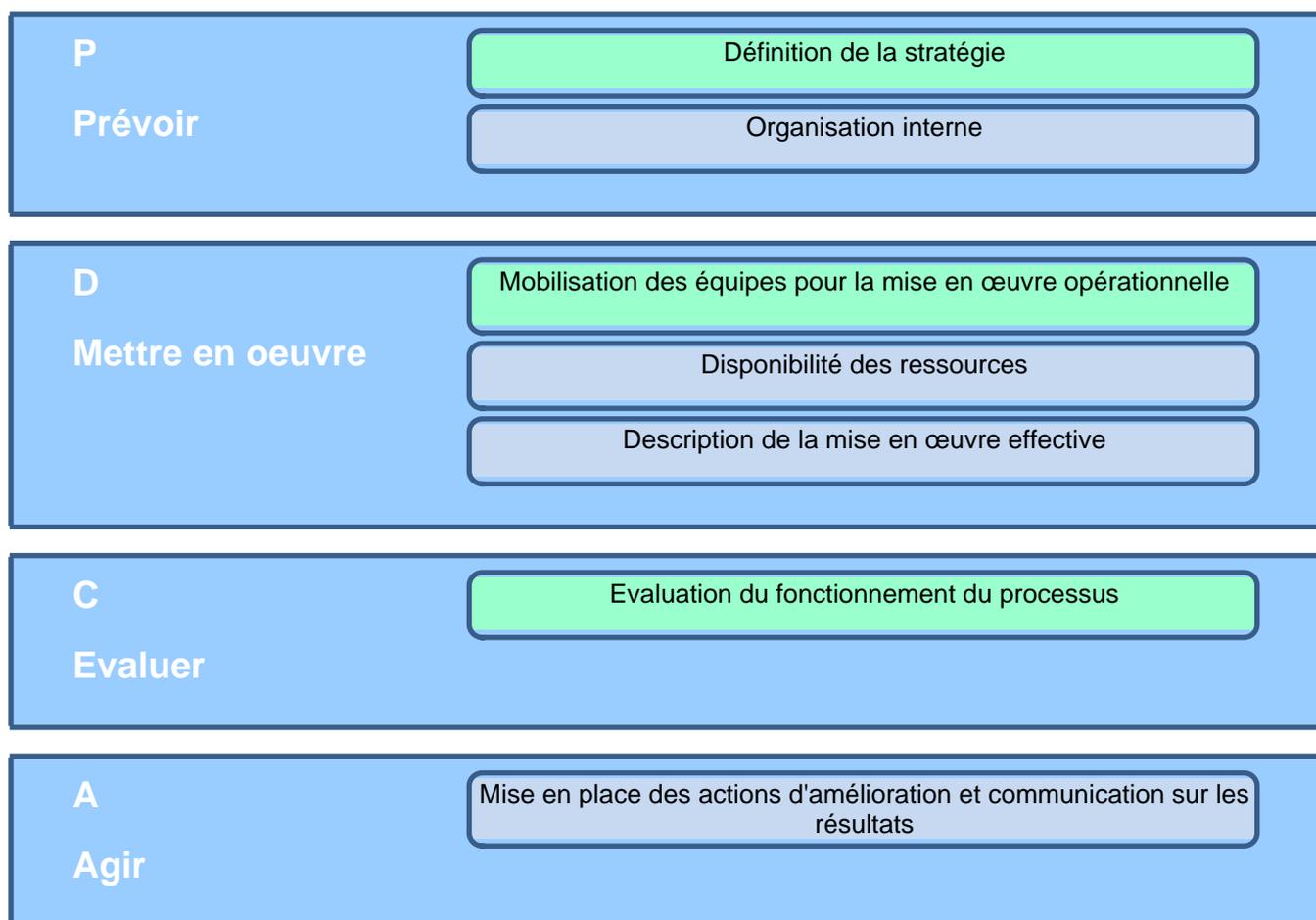
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le SSR du Verger des Balans, établissement privé à but lucratif, en direction commune avec le Centre de rééducation cardiaque et réadaptation fonctionnelle « La Lande » et la Clinique Francheville, détient une autorisation de 12 lits de SSR reconnu comme une Unité Cognitivo- Comportementale (UCC) et un secteur d'EHPAD, avec une offre de soins de proximité essentiellement tournée vers la personne âgée.

Cette UCC, unité d'hospitalisation au titre d'un service de soins de suite et de réadaptation, est exclusivement réservée aux patients atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, à des fins d'évaluation, d'orientation, de prise en soins des symptômes psycho-comportementaux qui peuvent accompagner une situation de crise, l'évolution de la maladie. Elle prend en compte les besoins et la place du sujet âgé dément au sein d'une filière de soins, avec l'aide de différents partenariats et acteurs complémentaires de la prise en soin des malades Alzheimer, avec implication au sein des conférences de territoires. C'est donc un maillon de toute une filière comprenant des consultations mémoire, des consultations avancées dans les EHPAD et les établissements sanitaires et médicosociaux, des places d'accueil thérapeutique de jour, un partenariat fort au titre de porteur de la MAIA du grand Périgueux, les plateformes d'accompagnement et de répit, les services de soins et d'aide à domicile (SSIAD, ESA, association d'aide à domicile) et les médecins libéraux, et enfin qui permet un soutien fort aux aidants et aux équipes de soins. Cette prise en soin va du diagnostic précoce jusqu'à la fin de vie, si nécessaire, dans l'unité.

La politique du parcours patient est au cœur du projet médical et de soins au niveau du projet d'établissement 2013-2018 et s'inscrit aussi dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Comme pour toutes les thématique, la politique parcours patient est réévaluée et réactualisée annuellement au regard de différentes sources de données. Elle précise les engagements de l'établissement avec les objectifs généraux et les objectifs ciblés.

Elle est complétée par une fiche outil Mémo, qui précise

- Les sources de données internes, dont la cartographie des risques, les résultats d'audits, EPP et RMM, le suivi et l'analyse des événements indésirables, le suivi d'indicateurs, et les comptes rendus et bilans de la CME et de la CDU,
- Les engagements vis-à-vis des tutelles dont le CPOM 2012-2017 et avenant 2017-2018
- La réglementation, dont la circulaire du 15 avril 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer dont l'annexe III qui comprend le cahier des charges des UCC en SSR et la loi HPST
- Les recommandations et les plans nationaux
- Les engagements généraux
- L'identification des besoins et les analyses de risques
- L'identification des objectifs d'amélioration
- Et l'identification des mesures des traitements des risques.

La stratégie d'établissement prend donc en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire.

Tous les éléments de cette stratégie ont été validés par le CODIR et la CME et présentés en CDU.

Les risques prioritaires ont été intégrés au compte qualité.

Les actions sont déclinées dans le PAQSS institutionnel. Les ressources et les modalités de suivi sont identifiées.

Enfin cette stratégie a été communiquée aux professionnels via le système de gestion documentaire informatisé.

ORGANISATION INTERNE

Le médecin chef, président de la CME, la Responsable des soins et le Directeur ont été nommés pilote du processus parcours patient.

Leurs missions sont formalisées dans une fiche de missions commune à tous les pilotes de processus, et ils bénéficient également d'une fiche de poste personnelle.

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. L'établissement fonctionne avec trois médecins gériatres et un psycho-géronte, (un sur l'EHPAD, trois sur l'UCC, mais à temps partiel puisqu'ils font également des consultations mémoires, des consultations avancées en EHPAD et à la clinique du groupe, de la formation et pour un, de l'éducation thérapeutique). Il s'est doté aussi de professionnels paramédicaux salariés : responsable des soins, IDE, AS, ASG, ASH, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, et d'une diététicienne et orthophoniste vacataires. Enfin, une équipe mobile douleur et soins palliatifs peut

Intervenir dans le cadre d'une convention avec le CH de Périgueux.

Les plans de formations annuels proposent plusieurs formations internes et/ou externes aux professionnels pour renforcer leur expertise, avec un panel assez large allant des formations obligatoires, de type AFGSU et incendie en passant par du technique et du soin en priorisant les formations MAMA (Maladie Alzheimer et Maladies Apparentées).

Les professionnels bénéficient de matériels adaptés à la prise en charge des personnes accueillies, de type lits Alzheimer, matelas sol anti-chute, fauteuil de douche, kit Snoezelen, boîte à sens (pour le sensoriel), cuisine thérapeutique, etc...

La mise à disposition des ressources documentaires est organisée de façon informatique, avec des documents riches et adaptées aux besoins et aux activités de soins, depuis l'accueil jusqu'à la sortie du patient et accessible par tous les professionnels.

L'accompagnement des nouveaux arrivants est privilégié, en termes de sensibilisation, et tout particulièrement avec une formation aux « MAMA » par les médecins de l'unité au cours de l'année qui suit leur arrivée.

La gestion des interfaces est organisée avec, entre autres, un staff pluriprofessionnel hebdomadaire tous les lundis pour les suivis des projets personnalisés de soins, une réunion le mardi pour le PMSI, une commission médicosociale le mercredi matin pour l'organisation des sorties (en présence des médecins, assistante sociale, IDE et responsable des soins), suivi de la commission d'admission, une réunion le mercredi après-midi sur les NPI et les GIR, une réunion le jeudi sur un thème choisi par les professionnels de terrain et une réunion le vendredi pour la révision des plans de soins avec les médecins. Elle permet l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Enfin, tous les jours les patients bénéficient de repas thérapeutiques avec les professionnels, médecins compris parfois.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux sont impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle et transversale des plans d'actions au sein des secteurs.

Les actions concernant le parcours du patient, issues du PAQSS institutionnel, ont été mises en œuvre en grande partie.

La responsable des soins, le responsable qualité et les médecins eux même, sensibilisent les professionnels de terrain et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette sensibilisation peut porter sur l'incitation à la vigilance, la traçabilité dans le dossier patient, le suivi des protocoles, ou la prise en compte de la violence subie, etc.

Au regard de la taille de la structure, certains membres du personnel sont activement impliqués dans la déclinaison des programmes d'actions dans l'unité ou en transversal, sur des thèmes comme paramétrage dossier patient, QVT, CREX, Commissions diverses, etc. et constituent ainsi un relais efficace entre le management de l'activité et sa mise en œuvre.

La communication des résultats aux équipes se fait essentiellement par oral, par les comptes-rendus des réunions d'instances et des documents déposés dans le logiciel de gestion documentaire dédié mais aussi via l'intranet.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin dans le cadre de l'analyse des événements indésirables et des CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et notamment les effectifs dans les services sont organisés afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients en fonction des qualifications et compétences professionnelles requises. Les recrutements des professionnels prennent en compte les différents métiers et domaines de compétences nécessaires à la prise en charge pluri-professionnelle des patients accueillis.

Les différents corps de métier composant l'équipe soignante répondent bien aux besoins de la population accueillie, et se sont également spécialisés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Les règles de présence sont définies et un système de gardes et astreintes médicales verrouille le dispositif en assurant la permanence des soins 24h/24. Celle-ci est réalisée par les quatre gériatres salariés. Il existe également une astreinte administrative et une astreinte technique.

Les formations mises en œuvre permettent de renforcer les niveaux d'expertise des professionnels. Le maintien des compétences est assuré et le personnel peut aussi bénéficier de formations diplômantes ou qualifiantes comme pour l'éducation thérapeutique.

Les services disposent de matériel adapté à la prise en charge, tel que lits Alzheimer, matelas sol anti-chute, fauteuil de douche, kit Snoezelen, boîte à sens, ordinateurs nomades, etc. Les ressources matérielles font l'objet d'un suivi et d'une maintenance préventive et curative via les services techniques internes mutualisés avec le Centre de rééducation voisin de La Lande. Enfin, en termes de locaux, l'UCC ne dispose que de chambres seules, indispensables au type de prise en charge.

Les professionnels disposent de ressources documentaires à type de nombreux protocoles et procédures (« dossier de demande d'admission en UCC », « entrée du patient en UCC : checklist IDE », « Fausses routes et prévention des troubles de la déglutition », « prévention du risque de chute », « prévention de la dénutrition », « hygiène bucco-dentaire », « protections juridiques », « acte violent : grille d'analyse », « Violence des patients : prévenir et réagir », « sortie du patient : checklist IDE », « fugue, errance et sortie à l'insu de l'établissement », « évaluation de la douleur : Algoplus et Doloplus », etc.) actualisés et accessibles via le logiciel de gestion documentaire.

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est formalisée et adaptée. Un chariot d'urgence sécurisé est mis à disposition dans la salle de soins, avec matériel adapté dont un défibrillateur. Les formations des professionnels aux gestes d'urgence sont effectives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins le jour même de son arrivée, suivant un bilan médical préétabli par une procédure. Cette évaluation comporte les éléments de l'observation médicale, les évaluations et les prescriptions nécessaires à la prise en charge (dont l'évaluation de l'ordonnance, examens, etc.) ainsi que les données recueillies par les IDE et les aides-soignantes, en termes de recueil des besoins, habitudes de vie, sécurité identitovigilance et différentes évaluations systématiques, vérifiées via la checklist d'entrée en UCC.

Une réunion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire hebdomadaire permet aussi de prendre des décisions concertées et des temps de réunion tous les jours, permettent de réajuster les soins et les traitements et de planifier la sortie la plus adaptée possible.

Un projet de soins personnalisé, concerté et intégrant la réflexion bénéfique risque est systématiquement élaboré, tracé et réévalué. Il fait l'objet d'une fiche personnalisé UCC avec des items prédéterminés dans le logiciel patient. Un dépistage systématique des troubles nutritionnels est assuré dès l'entrée du patient, tracé et suivi par les médecins et la diététicienne si nécessaire, avec possibilité de textures particulières, ou apports enrichis en fonction des besoins.

Le risque suicidaire est pris en compte par les médecins et/ou l'équipe soignante qui procèdent à une évaluation lors de la consultation initiale ou lors du recueil de données, afin de l'identifier. Un dispositif est mis en place en cas de besoin avec appel à la psychologue sur la conduite à tenir dans la prise en charge et/ou l'orientation et retrait des objets à risque.

L'établissement ne dispose pas de dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge des personnes amenées en urgence. En cas de demande urgente, la personne peut être, en fonction de son état, soit réorienté vers un médecin de ville soit bénéficié d'un appel au 15.

La particularité de l'UCC ne nécessite pas ou très rarement l'intervention du kinésithérapeute de l'EHPAD ; l'articulation des activités de rééducation et réadaptation n'est donc pas assurée dans le projet de prise en charge, mais sans représenter un écart dans la prise en charge de ce type de patient, au regard du cahier des charges des UCC. En effet la réhabilitation passe par le travail de coordination, l'ergothérapeute et les repas thérapeutiques, mieux adaptés et moins dangereux que du matériel de kinésithérapie.

L'établissement a organisé le déploiement de son programme autorisé d'éducation thérapeutique sur le thème : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : accompagner, soigner et améliorer la prise en soin » depuis 2017, en coordination avec les professionnels extrahospitaliers. Né d'un projet réfléchi en 2015, puis construit autour de plusieurs professionnels formés dont un médecin, une ergothérapeute, une psychologue et deux IDE, ce programme permet de travailler en deux groupes sur une même journée avec d'un côté les patients ayant des troubles cognitifs et de l'autre les aidants familiaux, afin d'aider chacun à puiser dans ses ressources personnelles pour limiter l'aggravation trop rapide de la maladie et de rester le plus longtemps possible autonome. Ce type de maladie est considérée là comme une maladie chronique, au même titre que le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Ce programme a donc été avant-gardiste dans la région et a permis à l'établissement d'être référent dans ce domaine, avec reconnaissance de l'ARS, participation aux sociétés savantes (SFGG, CAA), formations délivrées via la Croix rouge, téléconsultation et télé-expertise via la télémédecine et accueil thérapeutique de jour pour les patients « jeunes ». Enfin, l'équipe est formée et formatrice (DPC).

La prise en charge des personnes accueillies fait partie d'une population spécifique. Elle est effective et bénéficie des prestations de soins adaptés à son état. L'établissement s'est aussi adapté à la population anglophone (bien implantée en Dordogne) atteinte de ces pathologies et d'adapte en langue anglaise pour les tests et les comptes rendus si nécessaire.

La sortie du patient est organisée et permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Une checklist de sortie est réalisée par l'IDE afin de s'assurer que tous les éléments du dossier patient soient rassemblés. Elle bénéficie d'une procédure spécifique. Un courrier médical est formalisé et remis au patient avec une ordonnance et l'ensemble des examens dont il a bénéficié dans l'établissement. Cet élément est corroboré par les derniers résultats IPAQQS : « délai d'envoi du courrier de sortie » à 95%. Les médecins en interne appellent leurs confrères libéraux afin de discuter des modalités de prise en charge à domicile et du traitement, surtout s'il a été modifié.

Enfin, après chaque sortie à domicile sont programmés des rendez-vous téléphoniques à 7 jours puis à 30 jours afin de vérifier auprès de l'aidant si tout se passe bien.

Le travail en équipe est effectif et encouragé, avec une réactivité importante en cas d'imprévu. La traçabilité est réalisée et partagée.

Les observations réalisées lors du patient traceur confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mise en œuvre des EPP, comme suivi des patients à la sortie (proposé par les Représentants des usagers pour que l'établissement fasse le lien avec le médecin traitant) et pertinence de la prescription des pet-scans, des audits sur le processus, dont la réévaluation de la prise en charge, les évaluations du risque de chute, les évaluations de la douleur et les appels aux médecins traitants et des RMM.

Le suivi de la mise en œuvre est assuré par les indicateurs nationaux et d'autres propres à l'établissement dont le nombre d'admissions non indiquées, le suivi des évaluations de type IMC, MMA, troubles du sommeil, Risque de chute, le nombre d'appels réalisés auprès des médecins traitants par rapport au nombre de sortie patient etc.

D'autre part, un patient traceur a été réalisé en 2018, permettant la prise de conscience des manques et la mise en place d'actions correctrices.

Le dispositif d'évaluation est donc bien structuré avec suivi d'indicateurs.

Les résultats des différentes évaluations et les actions d'amélioration à mettre en œuvre sont discutés avec les professionnels.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre, intégrées et articulées avec le plan d'actions institutionnel, avec respect global des délais fixés.

Les actions mises en œuvre les plus marquantes en termes d'impact ont été :

- La pertinence des hospitalisations avec un gros travail en amont avec les établissements adresseurs
- L'ETP sur le « couple » patient/aidant
- Le travail réalisé sur la violence des résidents envers les professionnels en interface avec les droits des patients et la Qualité de Vie au Travail

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

La communication des résultats et actions est réalisée en interne auprès des professionnels, essentiellement de manière orale mais aussi par les comptes-rendus des réunions d'instances, lors des différentes réunions de service et via des messages intranet, avec une réelle implication de toute l'équipe dans la démarche d'amélioration de la prise en charge.

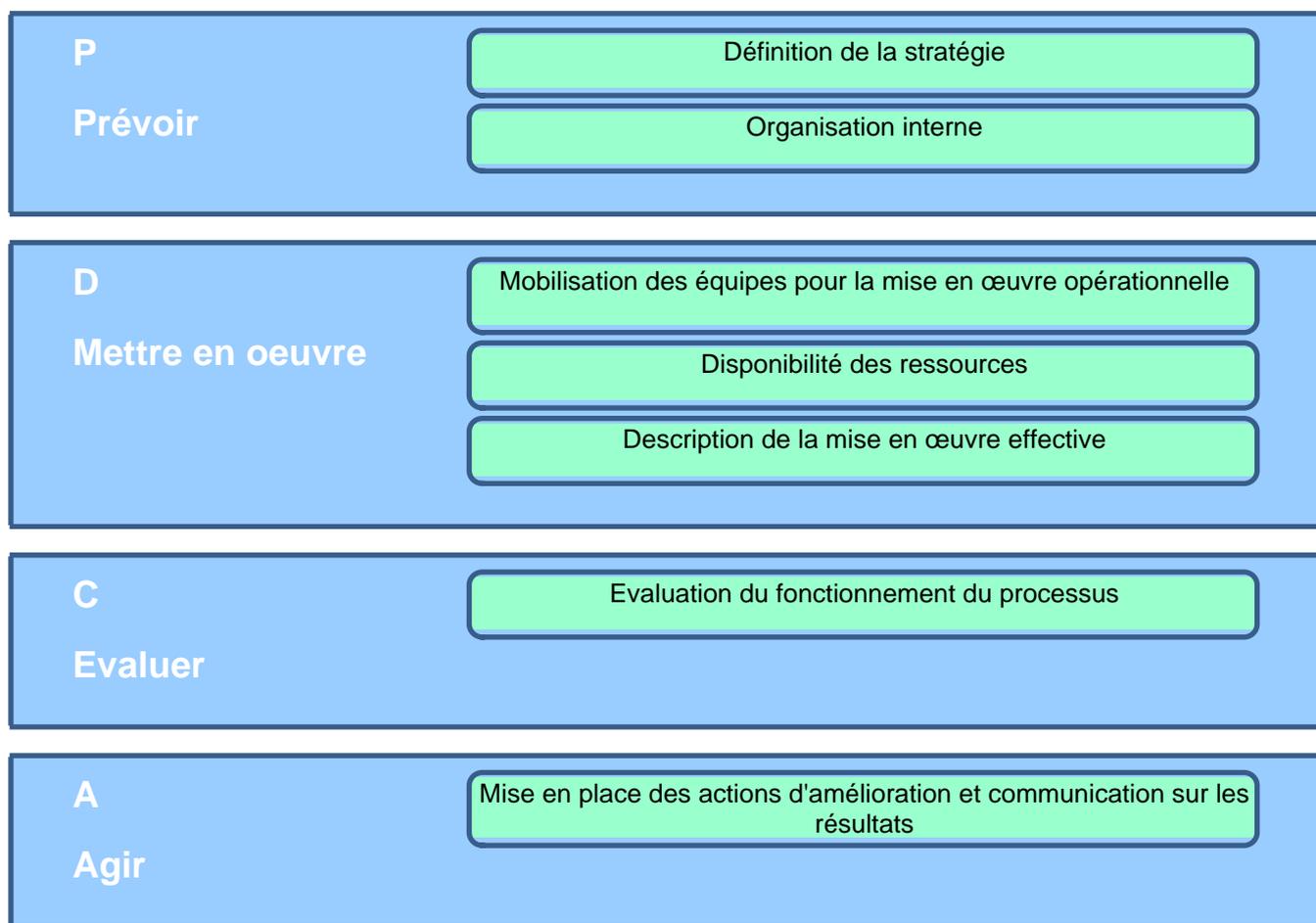
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés.
Les sources de données utilisées pour l'analyse des risques sont par exemple, la réglementation, les IPAQSS (tenue du DP), les évaluations, les audits, les indicateurs numériques, les CREX et les EPP.
L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées à partir d'une cartographie reprenant toutes les étapes de la gestion du dossier du patient de la création à la destruction et au regard des différentes parties du dossier du patient (parties administratives, médicales soignantes, etc.).
Les risques sont hiérarchisés selon la méthode HAS.

L'établissement Le Verger des Balans a formalisé sa politique du dossier patient dans le projet d'établissement 2013-2018.
La politique couvre la gestion du DP et l'accès du patient à son dossier.

Les objectifs clairement définis, validés et remis à jour en mars 2018 sont : formaliser toutes les règles de tenue du DP, sécuriser la transmission et le partage des informations, former les professionnels au dossier informatisé, s'assurer des bonnes conditions d'archivage du dossier, tendre vers un dossier unique informatisé, renseigner l'ensemble des éléments du DP et faciliter l'accès du patient à son dossier.

Le dossier patient est informatisé au niveau de la partie dossier médical et de la partie dossier soins.
Il existe un dossier patient papier, sous forme de trieur avec : les check-lists, les étiquettes, la demande d'admission, les courriers, les échelles d'évaluations, les ordonnances, les résultats examens, le bilan social, les autres bilans et les attestations spécifiques.

Un programme d'actions est défini identifiant un pilote pour l'action, un calendrier et les modalités de suivi en lien avec les résultats des indicateurs « Hôpital numérique ».
Le plan d'actions est présenté annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.
Cette politique est diffusée à l'échelle de l'établissement via la gestion documentaire et lors des réunions des différentes instances concernées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du groupe de travail pluridisciplinaire « Dossier Patient » est officiellement assuré par un médecin salarié en collaboration avec le président de la CME, le CODIR et le RAQ Gestionnaire des risques.
Ses missions sont définies dans une fiche signée par la direction et le pilote.
Le pilote du DP et le RAQ Gestionnaire des risques assurent le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication auprès des professionnels et du CODIR.

L'accès au dossier patient est formalisé selon le profil du professionnel (médecin DIM, médecin, administratif, soignants, etc.).
Une secrétaire est identifiée pour assurer l'accès du dossier aux archives de moins de trois ans. Elle assure aussi l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis après obtention de l'aval médical.

Le processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles de gestion du dossier patient est en place et comprend : responsabilité, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité, archivage, etc.
Des formations à l'utilisation du dossier informatisé sont réalisées pour les nouveaux arrivants par l'encadrement lors du recrutement et renforcé par ses pairs à la prise de poste.

De nombreux protocoles se trouvent dans la gestion documentaire et sont disponibles pour l'ensemble des professionnels du SSR..
Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Le dossier patient est accessible sur les postes informatisés.
La communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge est faite en temps réel.

Les correspondants externes sont informés par courrier ou fiche de liaison en temps utile, à la sortie du patient il lui est remis l'ensemble des documents nécessaires à la continuité de sa prise en charge (courrier, ordonnances, prise de rendez-vous...).

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standard et spécifiques d'accès au dossier sont définies.

Les besoins en procédures sont identifiés et formalisés en réunion « dossier patient » avec l'aide du RAQ Gestion des risques. Elles sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés. Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition (protocole d'accès du patient à son dossier de soins, archivage et destruction des dossiers patients, procédure de fonctionnement en cas de panne informatique, accès du patient à son dossier, etc.). Il est retrouvé dans le livret d'accueil des patients les modalités des droits d'accès à leur dossier et la charte du patient hospitalisé.

Les dossiers archivés sont rangés dans deux armoires sécurisées qui se trouvent dans des locaux de l'unité. Au bout de trois ans, les dossiers sont délocalisés et pris en charge par un prestataire externe sous contrat dans le respect de la réglementation.

L'UCC assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus du DP.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de l'établissement (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient en lien avec la politique de la thématique. Il communique auprès de son équipe sur les axes de la politique du dossier du patient de l'établissement, de sa mise en œuvre et de son évolution.

Les besoins et les risques spécifiques sont identifiés ; L'établissement a rédigé un plan d'actions et d'objectifs opérationnels et les met en œuvre. Il s'assure de la conformité des pratiques, aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) et met en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.

Les équipes connaissent les objectifs définis et participent aux évaluations du dossier du patient et à la déclaration des EI. Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs sur le dossier du patient et la satisfaction des usagers. L'encadrement informe sur les résultats lors de réunion ou de mini formation (mode dégradé informatique, présentation et utilisation du logiciel, transmissions ciblées, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont effectives.

Les professionnels en poste, les remplaçants et les nouveaux arrivants sont formés à la gestion du dossier patient. Des formations du personnel au logiciel informatique du dossier sont réalisées régulièrement en intramuros.

Le SSR a des référents dans l'équipe pour l'utilisation du logiciel DP.

Les procédures, règles de tenue et autres documents concernant le dossier sont disponibles et accessibles aux professionnels concernés, ils sont à jour.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Le livret d'accueil informe les patients des modalités pour accéder à leur dossier, un formulaire existe à cet effet. Les outils permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

Le local d'archivage permet d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient informatisé. Il reste des pièces papiers qui sont regroupées dans un dossier trieur identifié et archivé.

Le dossier informatisé comprend l'ensemble des éléments réglementaires à la prise en charge (informations administratives sur l'identité du patient, recueil actualisé des éléments de la prise en charge infirmière, date et heure d'entrée, coordonnées du médecin "adresseur", motifs d'hospitalisation ou de consultation, antécédents et facteurs de risque, observation médicale d'entrée, conclusions de l'évaluation clinique initiale, etc.).

La personne de confiance, la réflexion bénéfique risque, l'information et la recherche de consentement

sont retrouvées.

Les projets personnalisés sont tracés. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont datées, horodatées et signées informatiquement L'identité du médecin prescripteur est mentionné en caractères lisibles.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment en cas de transfert ou mutation.

Les observations réalisées lors du patient traceur confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. L'accès du patient à son dossier est assuré dans le respect réglementaire (deux dossiers en 2018).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a organisé l'évaluation de la gestion du dossier du patient. Elle est réalisée notamment sur la base d'indicateurs.

L'établissement planifie annuellement les évaluations (documents de sortie SSR, traçabilité de la mesure du poids, traçabilité de la douleur,...) et réponds aux campagnes IPAQSS et HN. Les indicateurs suivis par le SSR sont le délai d'envoi du courrier et la tenue du dossier patient. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est effectif même s'il y en a peu, et les délais sont respectés.

Sur la planification un responsable est identifié en charge de la réalisation de ces évaluations et une périodicité est définie.

Les résultats sont inscrits dans un tableau de bord, ils sont suivis par le référent qualité et gestion des risques. Ces résultats sont vu en CODIR et CDU.

Les risques significatifs sont examinés dans les meilleurs délais.

Une EPP concernant la confidentialité du dossier patient est en cours.

A / AGIR

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

La gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Le programme d'amélioration est réajusté en CDU et en CODIR 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 en lien avec la CDU. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés (informations données par l'encadrement, affichage). La CDU est informée des résultats (nombre de demandes d'accès au dossier,...) et du suivi des actions d'amélioration.

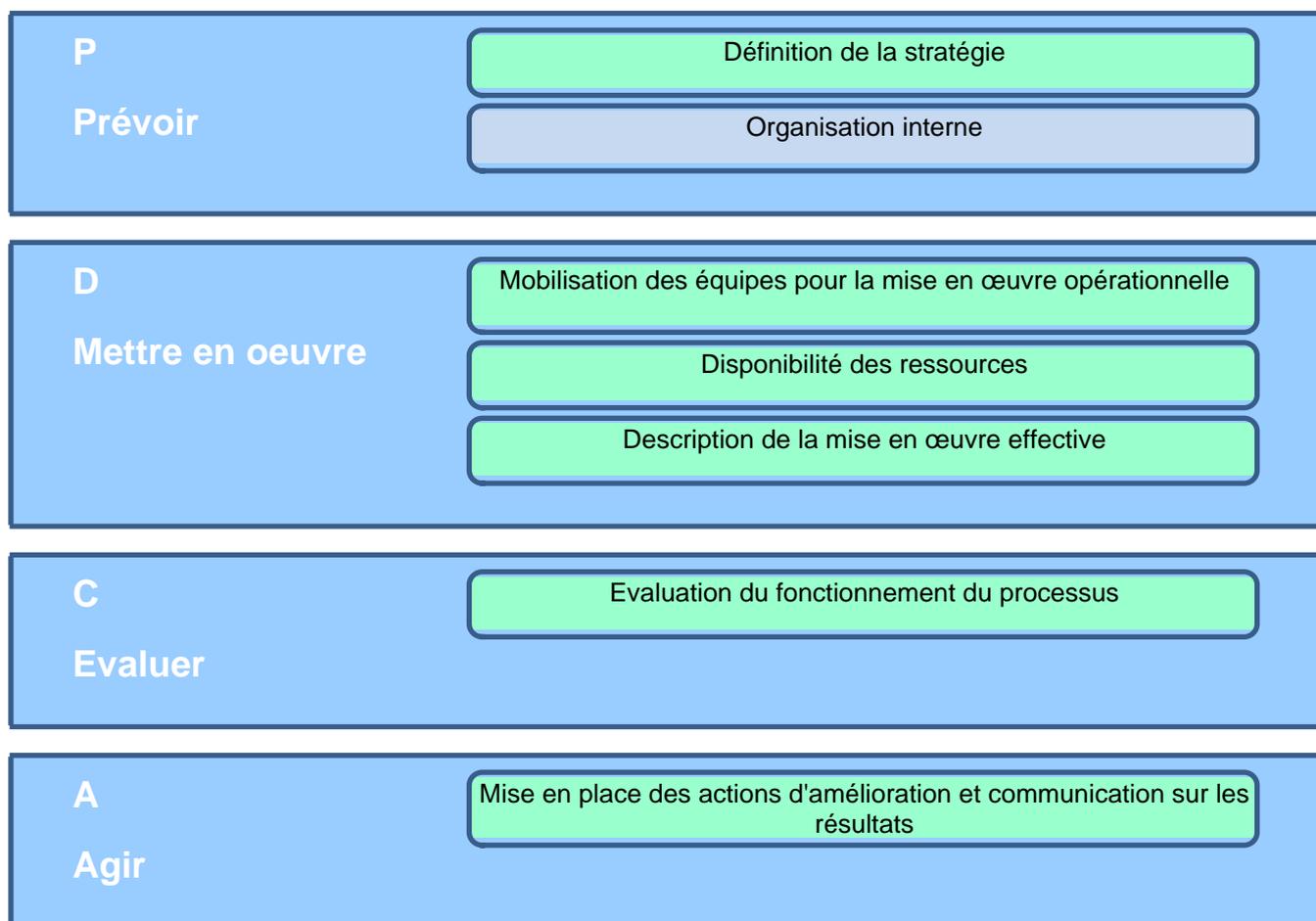
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 projet Pharmacie a été abordé au niveau du projet d'établissement 2013-2018. Mais annuellement, la politique de management de la prise en charge médicamenteuse avec dispositions spécifiques au sujet âgé est réévaluée et réactualisée au regard de différentes sources de données. Elle précise les engagements de l'établissement avec les objectifs généraux et les objectifs ciblés.

Elle est complétée par une fiche outil Mémo, qui précise

- Les sources de données internes, dont la cartographie des risques, les résultats d'audits (administration des médicaments et antibiotiques), les conclusions de l'inspection de la PUI fin 2017, le suivi et l'analyse des évènements indésirables, les résultats de l'Interdiag, le suivi d'indicateurs, et les comptes rendus et bilans du Comité du médicament et des dispositifs médicaux (CMDMS),
- Les engagements vis-à-vis des tutelles dont le CPOM et le CAQES
- La réglementation, dont l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Les recommandations et les plans nationaux
- Les engagements généraux
- L'identification des besoins et les analyses de risques
- L'identification des objectifs d'amélioration
- Et l'identification des mesures des traitements des risques.

Tous les éléments de cette stratégie ont été validés par le Comité Exécutif (COMEX), le CMDMS et la CME et présentés en CDU.

Les risques prioritaires ont été intégrés au compte qualité.

Les actions sont déclinées dans le PAQSS institutionnel. Les ressources et les modalités de suivi sont identifiées.

Enfin cette stratégie a été communiquée aux professionnels via le système de gestion documentaire informatisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus, avec le pharmacien à 30% de temps de travail, le responsable qualité (IDE de formation), également Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQPCM) et un des médecins de l'UCC. Ils bénéficient d'une fiche de mission formalisée pour l'ensemble des pilotes de processus, et d'une fiche de poste propre à chacun de leur métier, sur laquelle est indiqué leur mission de pilote de processus.

Le pharmacien à 30% sur le verger de balans est aussi à 70% sur le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et cardiaque de La Lande, établissement voisin de 500 mètres. Ces deux établissements sont aussi en direction commune avec la Polyclinique Francheville, troisième établissement du groupe « Francheville Périgord Santé ». Ainsi l'approvisionnement est assuré et formalisé dans une procédure, décrivant l'approvisionnement pendant l'ouverture et hors ouverture de la PUI, située sur le site de La Lande. Elle est complétée par une convention de « prestation inter établissement relative à la fourniture de produits pharmaceutiques » avec la Polyclinique Francheville située au centre-ville de Périgueux. Un pharmacien remplaçant attitré, sous contrat, permet les remplacements de congés du pharmacien en titre.

Enfin, il existe dans l'unité une armoire de dotation de médicaments et un réfrigérateur dédié aux médicaments. L'organisation de la permanence pharmaceutique est donc effective.

Une liste des médecins prescripteurs habilités a été formalisée avec signatures ; chacun d'eux possède un code permettant la connexion avec le DPI, car l'informatisation de la PEC médicamenteuse est complète et définie en lien avec le Système d'Information.

En termes de gestion documentaire, l'établissement a mis à disposition des professionnels des procédures et protocoles en lien avec le circuit du médicament accessible via le logiciel dédié.

Enfin, un livret thérapeutique, validé par le CMDMS et la CME, est à disposition des prescripteurs via le logiciel dossier patient.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments, y compris des médicaments à risques, sont conformes et mises en œuvre. La liste des médicaments à risque fait l'objet d'un affichage à côté de l'armoire à pharmacie dans l'unité, et d'un étiquetage spécifique à l'intérieur de l'armoire. La livraison des médicaments en dispensation globalisée s'effectue dans des valises sécurisées, avec une dotation pour une semaine. C'est la préparatrice en pharmacie qui livre les médicaments et qui les range

dans l'armoire de dotation du service, sécurisée par clé, détenue par la pharmacie et les IDE.
La gestion du traitement personnel est protocolisée, et la continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus.

Les règles et support de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs, et un outil d'aide à la prescription est mis à disposition des professionnels via le logiciel dossier patient.

La gestion des interfaces est organisée et facilitée par la taille de l'établissement. Elle permet la concertation directe entre professionnels et l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Un intranet permet également les échanges entre les professionnels et la communication interne est très structurée et efficiente. Les alertes ascendantes et descendantes sont opérationnelles et décrites dans une procédure.

Enfin, pour faciliter la communication et la compréhension des professionnels, la cartographie des processus a été affichée

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, le RAQ et la responsable des soins favorisent l'implication des équipes, notamment par des informations lors des staffs hebdomadaires et au quotidien, et s'assurent aussi de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues via des audits liés aux différentes étapes du circuit du médicament. D'ailleurs, une IDE participe à chaque CMDMS.

De fait, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre avec résultats communiqués aux équipes. Les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux se sont appropriés les objectifs et plans d'actions et sont impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle et transversale.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge médicamenteuse ont été mises en place, avec des postes informatiques dans les bureaux et la salle de soins, et des postes nomades pour l'administration du médicament. La PEC médicamenteuse bénéficie d'une informatisation complète.

L'unité de soins possède une armoire de dotation sécurisée, un coffre sécurisé pour les stupéfiants et un réfrigérateur dédié aux médicaments avec traçabilité des températures deux fois par jours.

Les locaux de la pharmacie sont conformes et sécurisés. L'accès y est règlementé et n'est accessible que par le pharmacien et la préparatrice. La pharmacie est équipée d'un réfrigérateur avec un enregistreur de température et report d'alarme sur les services techniques.

Les professionnels disposent de l'ensemble des documents liés à toutes les étapes du circuit du médicament sur le logiciel de gestion documentaire institutionnel. On y retrouve « prescription médicamenteuse et traitements personnels », « médicaments à risques -Never events », « AVK et AOD : usage, surveillance, PEC des surdosages », « prescriptions de psychotropes », « traitement de la douleur », « Midazolam : sédation en phase terminale », « guide de bon usage de l'antibiothérapie », « antibiothérapie : réévaluations », « approvisionnement par la pharmacie : médicaments et DM », Pharmacie : sécurité de l'armoire », « préparation des piluliers et des médicaments hors piluliers », « Médicaments injectables : guide de préparation et d'utilisation », « Identité : vérification et traçabilité », « perfusion intraveineuse », « traitements des voies respiratoires : aérosols médicamenteux », « administration du traitement per os et traçabilité (dont la préparation des médicaments écrasables) », « entretien des dispositifs de stockage des médicaments », etc.... Cette documentation est régulièrement réactualisée et utilisée avec facilité par les professionnels.

La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17h30 et bénéficie d'une astreinte les week-ends sur le site de la polyclinique du groupe.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse ont été mises en œuvre entre 2017 et 2018, avec une formation externe sur tout le circuit du médicament et une formation à la méthode REMED du CCECQA. Celles-ci sont prévues en reconduction sur l'année 2019 pour atteindre les 100% d'IDE formés.

Chaque nouvel IDE arrivant est doublé (e) entre deux et six jours et reçoit plusieurs informations via la responsable des soins, ses pairs et un livret d'accueil dédié aux nouveaux personnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont mises en œuvre via le logiciel de soins, confirmé par l'indicateur HN « Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés » à 100%.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est

effective et de niveau 2.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, avec prise en compte du traitement personnel notifié à l'admission.

La gestion du traitement personnel bénéficie d'une procédure spécifique, connue des professionnels. Le médecin du service prend contact avec le médecin traitant dès l'arrivée du patient pour discuter, entre autres, du traitement, et lui envoie un courrier à la sortie, avec justification des modifications de traitement éventuelles.

La dispensation des médicaments est globalisée pour 8 jours puis les piluliers sont préparés tous les jours par les IDE de nuit. Tous les médicaments sont identifiables dans les piluliers journaliers. Si le médicament n'est pas conditionné individuellement il n'est pas mis dans le pilulier et sorti du flacon au moment de l'administration. Et pour les médicaments de type AVK, le médicament est positionné en entier dans le pilulier et découpé à la dose voulue au regard de la prescription au moment de l'administration.

Les règles de gestion sont respectées en termes de chaîne du froid avec utilisation de pochettes isothermes et en termes de vérification des périmés par la préparatrice en pharmacie (armoire de dotation).

Les stupéfiants bénéficient d'une organisation propre, avec stockage, procédure et traçabilité dédiés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, avec des échanges réguliers en direct, du fait de la taille de l'établissement.

La traçabilité de l'administration du médicament est effective et en temps réel. Avant toute administration, les IDE vérifient le pilulier et l'identité du patient via le bracelet d'identification ou la question ouverte posée au patient, ou enfin via la photo du patient insérée dans le logiciel sur la page dédiée.

Compte tenu du type de patients pris en charge, l'information sur le bon usage des médicaments est délivrée par les médecins via une plaquette spécifique pour les aidants familiaux.

La conciliation médicamenteuse a débuté. Elle est réalisée par le médecin.

Les observations réalisées lors du patient traceur confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'évaluation de de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs. En effet, il réalise annuellement un audit sur l'administration du médicament couplé aux respect des règles d'identitovigilance et utilise régulièrement l'outil Interdiag pour auditer l'ensemble du circuit du médicament.

Il poursuit les EPP sur la sécurité du circuit du médicament depuis 2009 et sur la réévaluation de l'antibiothérapie depuis 2012, et a mis en place un patient traceur depuis cette année.

D'autre part, il suit les indicateurs IQSS liés aux médicaments, mais aussi la consommation des antibiotiques (avec inscription à CONSOIRES), les scores ICATB, le nombre de FEI liées au circuit du médicament, le taux de satisfaction concernant les traitements médicamenteux, les indicateurs HN et plus récemment les indicateurs du CAQES.

Le recueil des fiches de signalement d'évènements indésirables sur le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses, sont assurés via un logiciel dédié.

Des CREX permettent des analyses de causes profondes avec les professionnels de terrain, via la méthode ORION et/ou REMED.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration intégrées au PAQSS ont été mises en place, tant dans le système de

management que dans la sécurisation du circuit, avec des résultats efficients sur la sécurisation de la PUI et de l'administration du médicament et sur l'entretien des lieux de stockage.

La communication des résultats et des actions a été réalisée auprès des professionnels via les responsables, mais aussi via les documents déposés sur le logiciel dédié à la gestion documentaire.

Les comptes-rendus de CREX sont diffusés sur le logiciel de gestion documentaire institutionnel et le bilan des CREX intégré au bilan d'activité du COViRisQ.

Enfin, le PAQSS mis à jour à chaque réunion.