




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION
FONCTIONNELLE ET
CARDIAQUE LA LANDE**

59 route de saint astier
24430 Annesse Et Beaulieu
JUILLET 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	15
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE ET CARDIAQUE LA LANDE	
Adresse	59 route de saint astier 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	240003251	SA PERIGORD REEDUCATION	59 route de saint astier 24430 Annesse-Et-Beaulieu
Etablissement de santé	240002402	CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE ET CARDIAQUE LA LANDE	59 route de saint astier 24430 Annesse Et Beaulieu

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	91	10

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la qualité et des risques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR	Syndrôme coronarien aigu, angioplastie coronaire	programmé	simple	SSR
2	Adulte	SSR	Polytraumatisé	programmé	simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

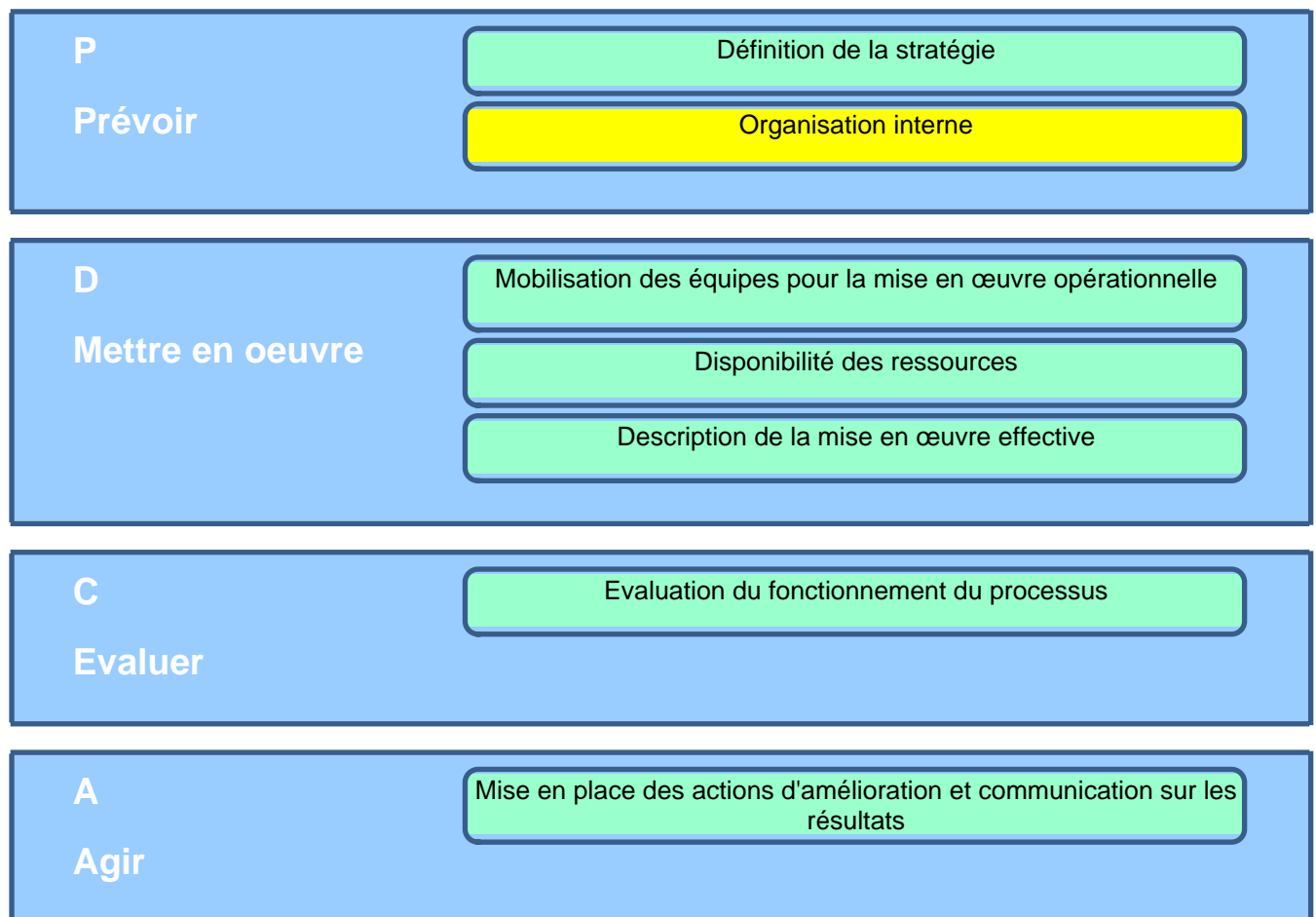
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle cardiaque de La Lande a actualisé sa politique qualité gestion des risques (QGDR). Elle a été validée en conférence médicale d'établissement (CME) le 14 mars 2019. Elle est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Les objectifs généraux de la politique QGDR portent sur:

- l'identification et l'analyse des risques à priori et à posteriori,
- le développement de la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles,
- la capacité à gérer une crise, en interne et en externe,
- le développement d'une culture de communication en interne comme en externe,
- l'organisation, la coordination du pilotage des processus et le suivi des instances,
- le suivi du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins,
- le renforcement des politiques des fonctions supports en matière de qualité de vie au travail et de système d'information.

L'analyse des risques est effective sur l'ensemble des thématiques. Elle a été réalisée à partir de cartographies des risques actualisées par la responsable qualité et chaque pilote de processus, des indicateurs nationaux de qualité (IQSS, ICALIN, ICATB, TDP et HN), des indicateurs locaux, des vigilances, des questionnaires de satisfaction à la sortie, des plaintes et réclamations, des audits, des EPP, des obligations légales et réglementaires et des rapports d'inspection.

Les risques sont hiérarchisés et priorisés selon l'échelle de criticité de l'HAS et un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) structuré par processus est établi en lien avec le compte qualité avec des échéances, un pilote et des modalités de suivi.

Cependant il n'y a pas d'identification complète des risques sur le secteur de la balnéothérapie ni de dispositif d'évaluation permettant de s'assurer que l'organisation en place garantit la sécurité des personnes prises en charge. Il n'y a pas de cartographie exhaustive (uniquement risques infectieux) des risques à priori ni de dispositifs d'évaluation de la prise en charge des patients en balnéothérapie alors qu'il n'y a qu'un seul professionnel encadrant des groupes jusqu'à 8 patients. Il n'y a pas d'exercice de mise en situation prévus et organisés.

Les actions priorisés au PAQSS QGDR et articulé avec le compte qualité (CQ) ont pour objectif:

- d'assurer le suivi des actions et de l'atteinte des objectifs du PAQSS,
- de favoriser le retour d'expérience des événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS),
- de développer les fonctionnalités du nouvel outil de gestion documentaire,
- de prendre en compte le retour d'expérience de la visite de certification,
- de mener une réflexion sur une démarche groupe de certification dans le cadre de la V2020.

La participation des usagers notamment dans le cadre de la commission des usagers (CDU) est sollicitée mais l'établissement n'a plus qu'un seul représentant actif au sein de cette commission. L'ARS est informée de cette situation. L'établissement a conventionné avec plusieurs associations dont la liste figure dans le livret d'accueil.

ORGANISATION INTERNE

Le processus management de la qualité et de la gestion des risques est piloté par la directrice adjointe et la responsable qualité. Les missions des pilotes de processus sont intégrées dans les fiches de postes.

La responsable qualité exerce à mi-temps. Elle est également coordinatrice des risques associées aux soins.

Le pilotage de la démarche est portée par la direction, la CME et le comité de pilotage des vigilances et des risques (COPIVIRIS).

Le COPIVIRIS est composé des pilotes de processus, des vigilants, des présidents des instances et a pour mission la coordination des vigilances et des risques et l'élaboration du PAQSS et de son suivi.

Les instances: l'équipe opérationnelle d'hygiène, le comité de lutte contre les infections nosocomiales

(CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), comité de restauration, CHSCT, CME et comité du médicament (COMEDIMS) participent par leurs travaux à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les professionnels responsables des vigilances (Pharmacovigilance, matériovigilance et hémovigilance) sont identifiés et le processus des alertes et des signalements est organisé.

La gestion des plaintes et réclamations et du recueil des attentes des usagers est en place.

La déclaration des événements indésirables, des événements graves indésirables et associés aux soins (EIGAS) est procédurée. Il existe une charte de déclaration des événement indésirables(EI). Un comité de retour d'expérience existe.

Cependant le dispositif des gestion des EI permettant une analyse des causes profondes n'est pas approprié et opérationnel. Les événements indésirables ne sont pas hiérarchisés en fonction de leur gravité et de leur fréquence ni par les professionnels déclarants, ni par le service qualité. Seule la responsable qualité est formée à l'analyse approfondie des causes. Il n'y a pas de réunions régulières du CREX. 1 CREX En 2017 (analyse d'un EI), 1 CREX en 2018 (analyse d'un EI) et 1 CREX en 2019 (analyse d'un EI). Il n'y a pas d'analyse statistique des événements récurrents. La déclaration des chutes ne fait pas l'objet d'un bilan périodique avec une analyse qualitative. Toutes ne sont pas déclarées via le circuit des EI.

L'établissement s'est doté depuis janvier 2019 d'un logiciel de gestion documentaire et de déclaration des EI. Cette application est déjà en service. Il existe une procédure des procédures mais la gestion documentaire n'est pas actualisées. Il n'y a pas eu d'actualisation de la procédure des procédures (Doc: PR.QPR.01.2) depuis le 25/06/2006 et de la procédure relative à l'organisation des EPP (PR.QPR.11.01) alors que ce qui y est décrit ne correspond plus totalement à la réalité. Le règlement intérieur de la commission des usagers n'est pas conforme aux obligations légales et réglementaires. 3 réunions annuelles de la CDU sont prévues alors que le décret du 1er juin 2016 dispose que la CDU se réunit au moins quatre fois.

L'établissement n'a pas connu dans les dernières années de situation de crise. le Plan de sécurisation de l'établissement est en cours d'élaboration. Le diagnostic sécurité avec les service de police et de gendarmerie a été réalisé en novembre 2018.

Cependant le dispositif de gestion de crise n'est pas opérationnel. Le plan blanc (document du 31/3/2009) et la cellule de crise (1/6/2015) n'ont pas été actualisés. L'établissement a cependant mis à jour pendant la visite des experts visiteurs le document portant sur la cellule de crise et procédait à la mise à jour plus complet de son plan blanc. Il n'y a pas de dispositif d'évaluation de l'appropriation de ces procédures. Il n'y a pas d'exercice de gestion de crise.

L'établissement a mis en place une organisation pour développer des EPP.

En cas de panne informatique une procédure dégaradée est formalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management (direction, médecins chef, coordinatrices des soins notamment), mobilise les équipes dans tous les domaines à travers des réunions de service, la participation aux instances et au recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins notamment. Des réunions d'information sur la démarche de certification ont eu lieu le 25 et 26 octobre 2018.

Les indicateurs nationaux de suivi sont affichés ainsi que les résultats des questionnaires de satisfaction.

L'établissement organise aussi lors de la semaine de sécurité des ateliers de sensibilisation sur le risque médicament, le risque infectieux et la déclaration des EI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un nouvel outil de gestion documentaire a été installé récemment afin de faciliter l'accès à la gestion documentaire et de disposer de fonctionnalités permettant de mieux exploiter les EI, de mieux gérer la documentation mise à disposition de tous les professionnels et d'assurer une meilleure communication et information en interne.

Les professionnels disposent d'ordinateurs et de moyens d'impression adéquats.

Des bornes WIFI ont été mises en place récemment pour disposer d'un accès à partir des ordinateurs portables.

Une procédure dégradée pour faire face à une panne des systèmes d'information existe et est connue des professionnels.

Des formations (chambre des erreurs, information sur la certification, semaine de sécurité des malades) ont été réalisées en 2017 et 2018 et sont poursuivies en 2019.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels ont été formés à l'utilisation du nouvel outil intranet de gestion documentaire récemment mis en place et l'utilisent. Ils déclarent désormais les EI sur cette nouvelle application et la responsable qualité gestion des risques l'a déjà implémenté de procédures et autres documents.

Le traitement de l'évènement indésirable est assuré par le professionnel responsable du processus (pilote) ou du domaine d'activité concerné. La direction et la responsable qualité en ont connaissance et suivent la réalisation des actions mises en œuvre. Le professionnel déclarant peut suivre le traitement de sa déclaration sur l'application intranet.

Les professionnels participent au travail des instances, au recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et aux EPP. Ils identifient bien les risques liés à leur service.

Ils connaissent les mesures à prendre en cas de panne du système d'information.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue la mise en œuvre de sa politique QGDR à travers un tableau de bord des indicateurs structuré par thématiques. Les indicateurs relatifs au management QGDR sont:

- nombre de réunions des instances,
- taux de réalisation des actions programmées,
- EIGAS/EI déclarés,
- indicateurs nationaux: IQSS,
- évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Des patients traceurs sont réalisés.

Les données financières et d'activité font l'objet aussi d'un recueil et d'une analyse.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et suivies dans le PAQSS. Le PAQSS est actualisé et suivi dans le cadre du COPIVIRIS et de la CDU.

Les indicateurs nationaux classés en C comme le score des infections nosocomiales, la consommation des solutions hydroalcooliques, le suivi du poids et le délai du courrier de sortie font l'objet de plans d'actions et de suivi à travers des audits intermédiaires ou des EPP (gestion des Eiet dépistage des troubles nutritionnels).

Une EPP sur la gestion des évènements indésirables graves a été entreprise et des actions mises en œuvre (actualisation des procédures: information en cas de dommage lié aux soins, charte de déclaration des EI ... et développement des fonctionnalités du nouvel outil de gestion documentaire).

La communication est organisée, les indicateurs nationaux sont affichés ainsi que le résultat des questionnaires de sortie et les réunions de service permettent la mise en œuvre, le suivi et le retour sur les actions mises en œuvre.

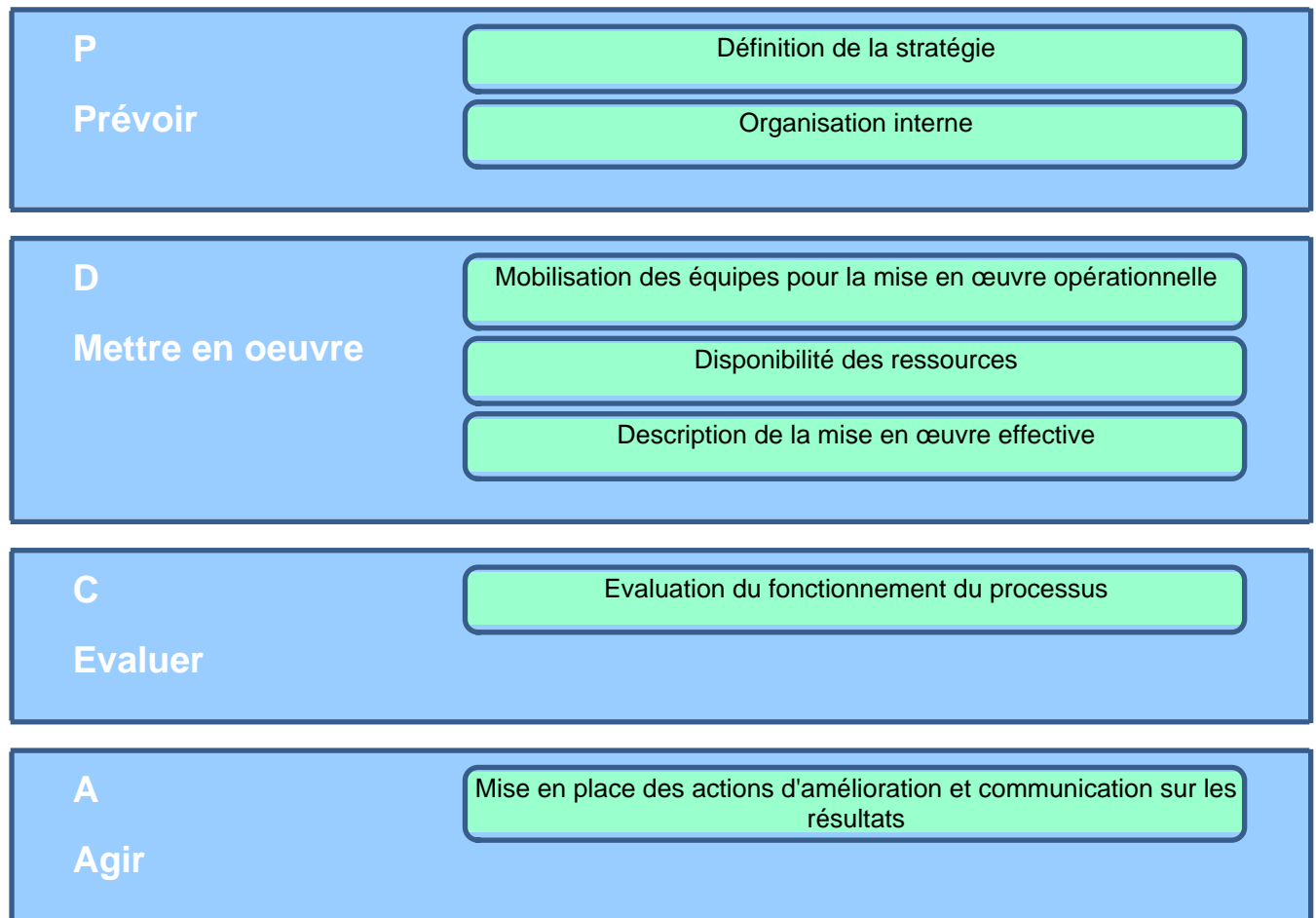
DROITS DES PATIENTS

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 actualisé sa politique droits des patients le 14 mars 2019 et l'a validée en CDU et en CME. Elle est inscrite dans les orientations stratégique du projet d'établissement. Le volet architectural du projet d'établissement prévoit une opération de restructuration du secteur d'hébergement afin de diminuer le nombre de chambres doubles et résorber l'absence de douches dans certaines chambres.

Les objectifs poursuivis dans le cadre de la politique des droits des patients sont:

- assurer la qualité et la continuité du parcours du malade,
- assurer le libre accès et l'égalité des soins y compris aux personnes en situation de handicap,
- veiller à l'accessibilité pour tous,
- assurer la sécurité et la protection des données médicales,
- garantir le droit à l'information du malade, de son représentant et de ses ayants-droits,
- rechercher l'adhésion du malade à son projet thérapeutique,
- maîtriser l'ensemble des risques pour le patient,
- développer l'évaluation des pratiques professionnelles,
- évaluer et prendre en compte la satisfaction des usagers.

L'établissement a identifié et hiérarchisé ses risques sur la base d'une cartographie des risques à priori, de la déclaration des EI, du recueil de la satisfaction des usagers, des plaintes et réclamations, des indicateurs nationaux de tenue du dossier patient principalement.

Un PAQSS articulé avec le compte qualité est établi et mis à jour régulièrement.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur général et président de la CDU et un médecin rééducateur Pilotent cette thématique. Leur mission est intégrée à leur fiche de poste.

Un règlement intérieur définit le rôle, les missions et la composition de la CDU.

La réflexion éthique le cas échéant s'organise dans le cadre des instances existantes et/ou en ayant recours à des ressources extérieures.

Le recueil de la satisfaction des patients, le signalement en cas de maltraitance (procédure), le recueil du consentement éclairé et l'adhésion du patient au projet thérapeutique, le recours à la contention, les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage, le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir, le recueil des directives anticipées, l'information donnée au patient, l'information en cas de dommage lié aux soins, l'accès à son dossier par le patient, les modalités de recueil et d'exploitation des plaintes et réclamations, les modalités d'information du patient sont organisés et font l'objet si besoin de procédures.

Cependant la promotion de la bientraitance ne fait pas l'objet d'un projet développé. Il n'y a pas dans le projet d'établissement et de soins un projet développé de promotion de la bientraitance même si dans le projet " droits des patient" du projet d'établissement, la bientraitance figure parmi les objectifs. Il n'y a pas d'état des lieux actualisé des risques de maltraitance réalisé en lien avec la CDU. Il n'y a pas d'actions organisées pour sensibiliser les professionnels à la promotion de la bientraitance. Il n'y a pas eu d'actions de formation réalisées en 2017 et 2018. Une formation sur la promotion de la bientraitance pour 20 personnes est prévue au plan de formation 2019 ainsi qu'une formation pour 10 professionnels portant sur la communication soignant soigné. Il n'existe pas de dispositif d'évaluation des pratiques en matière de bientraitance. Il n'y a pas de dispositifs de séparation dans les chambre doubles lorsqu'il y a des toilettes intimes. L'établissement a cependant mis à disposition des paravents pour pallier à ce constat lors de la visite des experts visiteurs.

Les opérations architecturales déjà réalisées, en cours ou programmés prennent en compte les attendus liés à la dignité, à l'intimité, à la confidentialité et à l'accessibilité.

L'accueil, l'hébergement, le soutien dans les situations qui le nécessitent des proches, l'expression du culte, les modalités de communication avec les non communicants et les modalités d'accès au dossier médical sont organisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins, la direction et les coordinatrices de soins mobilisent régulièrement les professionnels sur le respect des droits des patients ponctuellement ou dans le cadre des réunions de synthèse et de service. L'encadrement réalise un retour sur les plaintes et réclamations et sur la satisfaction exprimée par les patients. La taille de la structure fait que le management se retrouve dans pratiquement toutes les instances. Ce qui facilite par conséquent à communication et l'appropriation des objectifs à mettre en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose de compétences pluridisciplinaires: médecins spécialistes et généralistes, assistante sociale, psychologue qui concourent à la prise en charge global du patient et de son entourage le cas échéant.

La configuration architecturale de l'établissement en rez de jardin facilite l'accessibilité des patients en situation de handicap. Les patients, les proches et les visiteurs disposent d'un espace de convivialité (un espace de la salle à manger en dehors des heures des repas avec un aménagement extérieur et d'un coin bibliothèque).

Les proches peuvent prendre leur repas sur place ou exceptionnellement être autorisés à dormir notamment lorsqu'il s'agit d'adolescents hospitalisés (prestation payante).

Certaines chambres ne sont pas équipées de douches et les chambres doubles quand le cas se présentait ne disposaient pas jusque pendant la visite des experts visiteurs d'un paravent. C'est le cas désormais.

Les patients sont destinataire d'un livret d'accueil les informant de leurs droits. Un panneau d'affichage leur permet d'avoir connaissance des résultats des questionnaires de sortie et des indicateurs de qualité.

Ils disposent d'un accès à internet payant

Les équipes ont accès à la ressource documentaire et aux procédures nécessaires comme par exemple la liste des personnes parlant une langue étrangère, la liste de contact des ministres du cultes et aux formulaires et procédures indispensables à la prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La CDU a été installée et le directeur général en assure la présidence. Le manque de représentant des usagers à la CDU, plus qu'un sur trois, restreint la participation de ces derniers à la vie de l'établissement. Une liste d'associations avec lesquelles l'établissement a conventionné est portée à la connaissance des patients dans le livret d'accueil.

L'expression des patients et de leur proches est favorisée. Les plaintes et réclamations sont portées à la connaissance des coordinatrices des soins. Elles en assurent la gestion et l'information de la direction.

Lors de la visite il a pu être observé que les professionnels avaient des pratiques visant à assurer la confidentialité (verrouillage des salles de soins et des accès aux dossiers, pas de discussions dans les couloirs concernant un patient ou dans une chambre en présence d'un autre patient, accès personnel au dossier), à assurer l'information et le recueil du consentement éclairé du patient, à prendre en compte les besoins exprimés du patient et de son entourage.

En chambre double lorsque c'est possible les professionnels demandent à l'autre patient de sortir pour réaliser la toilette. Ils ne disposaient pas jusque pendant la visite des experts visiteurs de paravents.

La participation et le consentement du patient au projet thérapeutique est recherché et recueilli par le médecin. Le cas échéant il recueille celui de l'entourage (des titulaires de l'autorité parentale pour les adolescents par exemple). la réévaluation du projet thérapeutique est effective. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir sont opérationnels. Le formulaire est remis avec le livret d'accueil.

l'information sur les directives anticipées figurent au livret d'accueil.

L'entourage et les proches peuvent si le cas se présente bénéficier d'une prise en charge personnalisée,

être dirigé et être reçu par l'assistante sociale ou la psychologue.

Les professionnels sont sensibilisés au respect des droits des patients par la charte et dans le cadre des réunions de service.

Seul le plan de formation 2019 prévoit des actions de formations à la promotion de la bientraitance pour 20 professionnels.

Les patients sont informés de leurs droits, de la composition de la CDU, de sa saisine et des modalités d'accès à leur dossier dans le livret d'accueil.

Il n'y a pas de recours à la contention. L'utilisation des barrières de lit se fait à la demande des patients.

La liberté d'aller et venir est favorisée pour les patients qui présenteraient des troubles du comportement et qui seraient à risque de fugue. Photo, dispositif d'alerte en cas d'ouverture de la porte de chambre la nuit, information du personnel si participation à une activité sont des mesures mises en œuvre pour éviter tout recours à la contention.

En cas de refus de soin le médecin en est informé et il le consigne au dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs d'évaluation du respect des droits des patients suivis par l'établissement sont:

- le questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient que ce soit en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Le taux de retour était de 29 % en 2018 et de 34,5 % en 2017. Le taux de satisfaction par rapport au respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité était de 85 % en 2017 et de 87 % en 2018.
- le taux de recueil de la personne de confiance et à prévenir,
- la participation ou accord du patient à son projet thérapeutique,
- le délai de réponse aux demandes de dossiers médicaux,
- le nombre de plaintes

A / AGIR

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

Un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été défini et mis en œuvre. Les actions sont suivies, mises en œuvre et évaluées dans le cadre du COPIVIRIS et de la CDU. Les actions d'amélioration 2019 ont été validées en CDU. Elles portent sur:

- l'amélioration du taux de retour des questionnaires de sortie,
- la diffusion de l'information sur le handicap,
- l'inscription au plan de formation des formations sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance,
- la diffusion de la charte Romain Jacob.

La communication des usagers et des professionnels est assurée par voie d'affichage pour les indicateurs nationaux de qualité et pour le recueil de la satisfaction des usagers, à travers les réunions de service et le livret d'accueil des personnels pour les professionnels et du livret d'accueil des patients.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

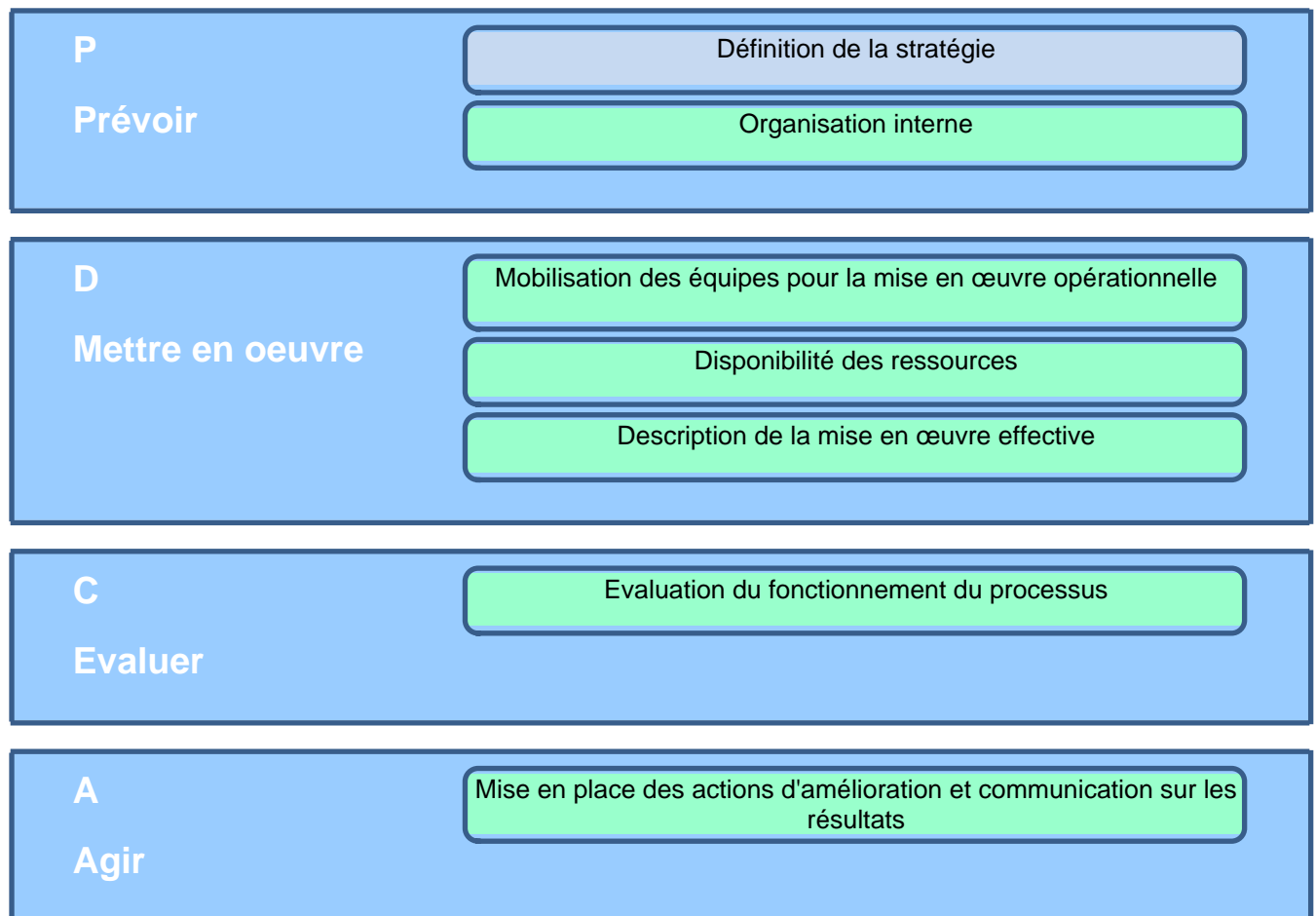
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 CRRF La Lande est un établissement du groupe Francheville Périgord Santé. Le projet d'établissement 2015-2020 prend en compte les orientations stratégiques du plan régional de santé conformément au CPOM, signé le 28 août 2018 par l'ARS de Nouvelle Aquitaine. L'établissement est agréé pour une capacité de 91 lits en hospitalisation complète dont 71 lits de rééducation fonctionnelle, 20 lits de rééducation cardiaque et de 10 places en Hospitalisation à temps partiel depuis 2017. Il apporte une réponse aux besoins de proximité et accueille en priorité des patients habitant le département.

La rééducation polyvalente s'adresse à des patients dont l'origine de la maladie est neurologique, traumatologique, rhumatologique ou vasculaire.

Son activité porte sur :

- L'appareil locomoteur : traumatologie, orthopédie, rhumatologie, Vasculaire avec l'appareillage des amputés,
- La réadaptation cardiaque : post chirurgie cardiaque, suite infarctus du myocarde, artéritiques, insuffisants cardiaques,
- La neurologie : neurologie centrale et périphérique,
- La nutrition : obésité médicale et chirurgicale.

L'établissement est réparti en deux secteurs d'hébergement :

- Le secteur OUEST (30 lits) accueille des patients relevant de la rééducation cardiaque, lombalgique et nutritionnelle,

- Le secteur SUD (61 lits) reçoit des patients relevant de la rééducation fonctionnelle polyvalente.

En hôpital de jour, sont pris en charge les troubles du comportement alimentaire, l'obésité médicale et chirurgicale, les patients cardiovasculaires (post infarctus, angioplastie coronaire, l'insuffisance cardiaque, l'artérite de membres inférieurs, les épreuves d'effort ainsi que l'éducation thérapeutique).

-

Le projet médical décline plusieurs actions :

- développer l'hospitalisation à temps partiel
- développer les consultations externes dans le cadre des spécialités existantes,
- mettre en œuvre l'équipe mobile de réadaptation,
- poursuivre les recrutements médicaux et paramédicaux.

De nombreuses conventions sont signées, elles viennent compléter et sécuriser le dispositif comme par exemple, la convention relative à une unité de soins intensifs de cardiologie et de réanimation médicale du CH de Périgueux.

Cette stratégie est élaborée sur la base d'une analyse des risques a priori (cartographie des risques) et a posteriori qui porte sur les processus de prises en charge spécifiques des pathologies accueillies et les acteurs de soins.

6 risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité, hiérarchisé selon la grille de criticité de l'HAS.

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

La stratégie, les risques ainsi que le plan d'action des mesures correctives ont été validés par la CME, la direction et la responsable qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'identification des risques a été faite sous le pilotage de la Présidente CME, du Médecin chef, et de l'une des deux infirmières coordinatrices des soins. Le groupe a procédé à la cotation et à la hiérarchisation des risques selon la méthodologie HAS.

Les pilotes ont reçu une fiche de poste de pilote de processus.

Au regard de ses missions et de ses risques, l'établissement a prévu les ressources nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins des patients accueillis en termes d'effectif et de compétences.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Le programme de formation est élaboré en fonction des besoins individuels identifiés et des besoins institutionnels (exemple : formation aux gestes d'urgences, formations au risque incendie,

formation à la prise en charge de la douleur etc...).

Trois programmes d'éducation thérapeutique sont agréés par l'ARS.

L'établissement propose également une consultation de diététique et une aide au sevrage du tabagisme.

Un projet d'équipe mobile de réadaptation est en cours ayant un rôle de coordination, de réévaluation à 6 mois, à un an, mais aussi d'intervention dans les EHPAD.

Les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée et coordonnée du patient.

Les documents qualité sont disponibles sur un logiciel de gestion documentaire récemment installé.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient, entre les différents secteurs d'activité (service de soins, services médicotechniques, services supports) et entre les différents professionnels.

L'interface est opérationnelle avec le laboratoire de biologie médicale externe : les résultats sont transmis par internet le jour même des prélèvements après validation numérique par le biologiste et les documents originaux sont rendus le lendemain matin au moment de l'enlèvement des prélèvements. En cas d'urgence montrant une analyse nécessitant une intervention médicale d'urgence, le laboratoire soit faxe, soit téléphone directement au médecin prescripteur, ou là l'infirmière du service

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le médecin chef, les coordinatrices des soins, la RAQ du SSR et le RSSI du groupe organisent le déploiement de la démarche institutionnelle. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, ils s'assurent de l'appropriation des procédures et de la conformité des pratiques relatives au parcours patient. .

Les nouveaux recrutés sont formés : les nouveaux médecins sont doublés pendant 2 jours et les professionnels paramédicaux le sont par leurs pairs au quotidien. Les infirmières coordinatrices sensibilisent régulièrement aux enjeux de prise en charge.

Les chutes sont déclarées et suivies. Selon la criticité, une analyse des causes profondes en CREX est réalisée avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les relais d'information sont réalisés par le médecin chef, l'encadrement, et la Directrice adjointe selon les thématiques.

Des évaluations de pratiques sont mises en œuvre dans les services : préparation à la sortie, sondage urinaire, appels d'urgence etc...

Les professionnels sont informés des résultats d'évaluation et associés à la recherche et à la mise en œuvre des mesures correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

• Les effectifs et les compétences sont adaptés aux besoins de soins.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'IDE, d'AS, d'ASH, de rééducateurs (kinés, professeur APA, ergothérapeutes, diététicienne) d'une psychologue, d'une neuropsychologue, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale).

Un médecin et une IDE sont titulaires d'un DU d'éducation thérapeutique. D'autres professionnels ont suivi la formation de 48 h en éducation thérapeutique : 2 psychologues, un professeur APA, une diététicienne, une psychomotricienne, un ergothérapeute.

Ce médecin dispose également d'une capacité en médecine et biologie du sport, d'un DIU Tabaccologie et d'aide au sevrage tabagique' une IDE ayant un DU d'hygiène.

Un second médecin est titulaire d'un DU diététique et hygiène alimentaire, d'un DU de 3° cycle de pathologie fonctionnelle pelvi-périnéale, du traumatisme crânio cérébraux : aspects médicaux et sociaux, d'un DU Médecine orthopédique et physiothérapie.

Un autre médecin détient une maîtrise de sciences biologiques et médicales, un DU de 3° cycle de pathologie fonctionnelle pelvi-périnéale, un DES de médecine physique et réadaptation.

• Les locaux et les équipements sont adaptés aux nécessités de prise en charge. Les deux secteurs d'hébergement disposent de bureaux de médecins, d'un bureau cadre, d'une permanence des soins où sont réalisés les réunions pluridisciplinaires, une salle avec lits fluidisés et d'un plateau technique de médecine physique et de réadaptation complet pour permettre une prise en charge adaptée, réévaluée régulièrement, afin de fixer des objectifs avec les patients et leur entourage.

En cardiologie, Il existe un plateau technique complet permettant des activités gymniques et un réentraînement à l'effort effectué par un éducateur sportif et l'infirmière selon le programme établi par le cardiologue. L'équipement est constitué de :

- Huit cycloergomètres reliés en réseau, permettant un entraînement à fréquence constante ou des

programmes pour les insuffisants cardiaques.

- Un tapis roulant
- Un parcours de marche jusqu'à 4 kms.

Un chariot d'urgence est disponible dans la salle de gymnastique de cardiologie.

• Un logiciel informatique de gestion documentaire permet un accès direct aux versions validées des documents qualité.

Concernant le parcours du patient, on retrouve :

- Les protocoles techniques : chambre implantable, pose alimentation entérale, aspiration trachéales, aérosols cathéter veineux PICC LINE, contention veineuse par bandes de contention, sondage vésical...
- Procédure « conduite à tenir en cas d'urgence »,
- Mode opératoire « gestion du chariot d'urgence »,
- Mode opératoire « conduite à tenir en cas de malaise dans les salles de cardiologie »,
- Protocole « prise en charge des escarres »,
- Procédure « dénutrition, dépistage, conduite à tenir ».

D'autres documents qualité sont disponibles :

- Feuille de surveillance alimentaire,
- Fiche accueil du patient en hospitalisation complète,
- Fiche accueil du patient en http,
- Accueil administratif du patient.

L'organisation de la prise en charge en Hôpital de jour est décrite dans une procédure mise en œuvre le 22 février 2019.

Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés, (livret d'accueil, documents d'information relatifs à l'éducation thérapeutique etc.).

Les outils de mesure de la douleur sont précisés dans la procédure « dépistage, évaluation et prise en charge de la douleur », actualisée en mars 2019 : l'échelle numérique pour les patients communicants et l'algoplus ou l'ECPA (échelle comportementale d'hétéro évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante).

Un planning d'activité est mis à disposition des patients.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont structurés conformément aux recommandations des sociétés savantes. Par exemple, un passeport « santé cœur Accompagnement » est remis au patient coronarien, avec remise de livrets « vivre au quotidien avec une maladie coronaire », « après l'accident coronaire », « apprivoiser le traitement de la maladie cardiovasculaire » « qu'est-ce que le syndrome coronaire aigu ou infarctus du myocarde ». Des bandes dessinées viennent compléter ces actions d'éducation de façon simple et ludique.

• Le dossier patient est informatisé, son paramétrage répond aux besoins des utilisateurs. Il permet d'assurer la coordination entre les différents professionnels et la continuité des soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La demande d'admission passe par la plateforme trajectoire ou par demande directe du médecin traitant. Les admissions sont programmées après avis favorable donné par le médecin, en fonction de la disponibilité des lits. A l'entrée, les règles d'identitovigilance sont appliquées, une photocopie de la carte d'identité est intégrée dans le dossier du patient. Le dossier administratif du patient est constitué.

Les aides-soignantes viennent chercher les patients à l'accueil et l'installe dans sa chambre. Le livret d'accueil lui est remis. Le recueil de données est effectué et la macro cible d'entrée est rédigée.

Une évaluation de l'état psychologique et du risque suicide est réalisé à l'entrée avec intervention de la psychologue si besoin. Une neuropsychologue est également disponible. Un infirmier de secteur psychiatrique intervient une fois par semaine.

Le risque de chute et le dépistage du risque de dénutrition sont également réalisés.

Le risque d'escarre est également dépisté et des lits fluidisés (sur matelas à air pulsé) sont disponibles si besoin.

Le projet thérapeutique est élaboré après le bilan médical initial, il est concerté avec le patient et intègre la réflexion bénéfiques/risques. Il détermine des objectifs de rééducation et de réadaptation en lien avec les éducateurs.

Les visites médicales sont quotidiennes et au lit du patient. Une synthèse hebdomadaire est réalisée avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Les gardes médicales sont organisées 24h/24 et 7jours/7 avec une astreinte assurée par un cardiologue.

En cas d'urgence médicale dans les salles de cardiologie, une alerte est donnée par un membre du personnel par le biais du système d'appel malade d'urgence qui retentit sur le téléphone des médecins, sur le téléphone personnel du cardiologue d'astreinte et s'affiche sur le panneau de la permanence ouest.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée : personnes âgées, personnes handicapées, prise en charge des personnes démunies, maladies chroniques, etc...

La restauration est assurée par un prestataire externe. Le CLAN se réunit tous les trimestres. La commission des menus est réalisée avec la participation des patients.

Les modalités d'organisation de la sortie du patient sont définies de façon à assurer la continuité des

soins, à mettre en place des conditions optimales de sortie (transport, documents, etc.) en favorisant une coordination des activités des différents membres de l'équipe.

La date de la sortie est décidée par les médecins en fonction de l'évolution de l'état du patient. Le médecin rééducateur en informe le patient. Si besoin, l'ergothérapeute effectue une visite à domicile, aide au choix des aides techniques et propose une adaptation de l'environnement. Le cas échéant, l'assistante sociale recherche une structure d'accueil, organise une visite de la structure d'accueil, établit avec la famille le plan de financement, demande les aides financières légales...

Le médecin établit les prescriptions médicales nécessaires à la continuité de la prise en charge (médicaments, soins paramédicaux, aides humaines, appareillages, etc...), réalise le compte-rendu de sortie (transmis au médecin traitant, et/ou au nouveau médecin assurant la continuité de la prise en charge).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et la mise en œuvre des différents des processus liés au parcours patient.

Il suit les indicateurs nationaux : IPAQSS, HN, LIN, des indicateurs internes (activité, typologie, analyse des refus, étude de pertinence de l'indication d'admission, identitovigilance), ainsi que des indicateurs de pratique clinique comme les évaluations liées à l'éducation thérapeutique.

Des EPP sont menés sur des thématiques représentants des enjeux de prise en charge :

- Préparation à la sortie,
- Sondage urinaire,
- Dépistage des troubles nutritionnels,
- Evaluation et prise en charge de la douleur,
- délai d'envoi du courrier de sortie,

Des évaluations ont été réalisées sur le fonctionnement de l'appel des chambres, et sur l'appel d'urgence Piscine (balnéothérapie).

A / AGIR

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

L'établissement a mené des actions d'amélioration au regard des évaluations : mesure du poids tous les 15 jours, débriefing sur l'utilisation du chariot d'urgence, achat d'un brancard, élaboration de procédures, organisation de formations...

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité des améliorations portées au processus.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS)

L'information des professionnels sur les résultats des actions conduites est réalisée par l'encadrement, la RAQ et la directrice adjointe au cours des réunions de fonctionnement ou au cours des instances par les pilotes. Les comptes rendus des instances sont disponibles à tous les professionnels via le logiciel intranet.

Les résultats sont diffusés également par voie d'affichage à l'intention des usagers et des professionnels ainsi que dans le livret d'accueil.

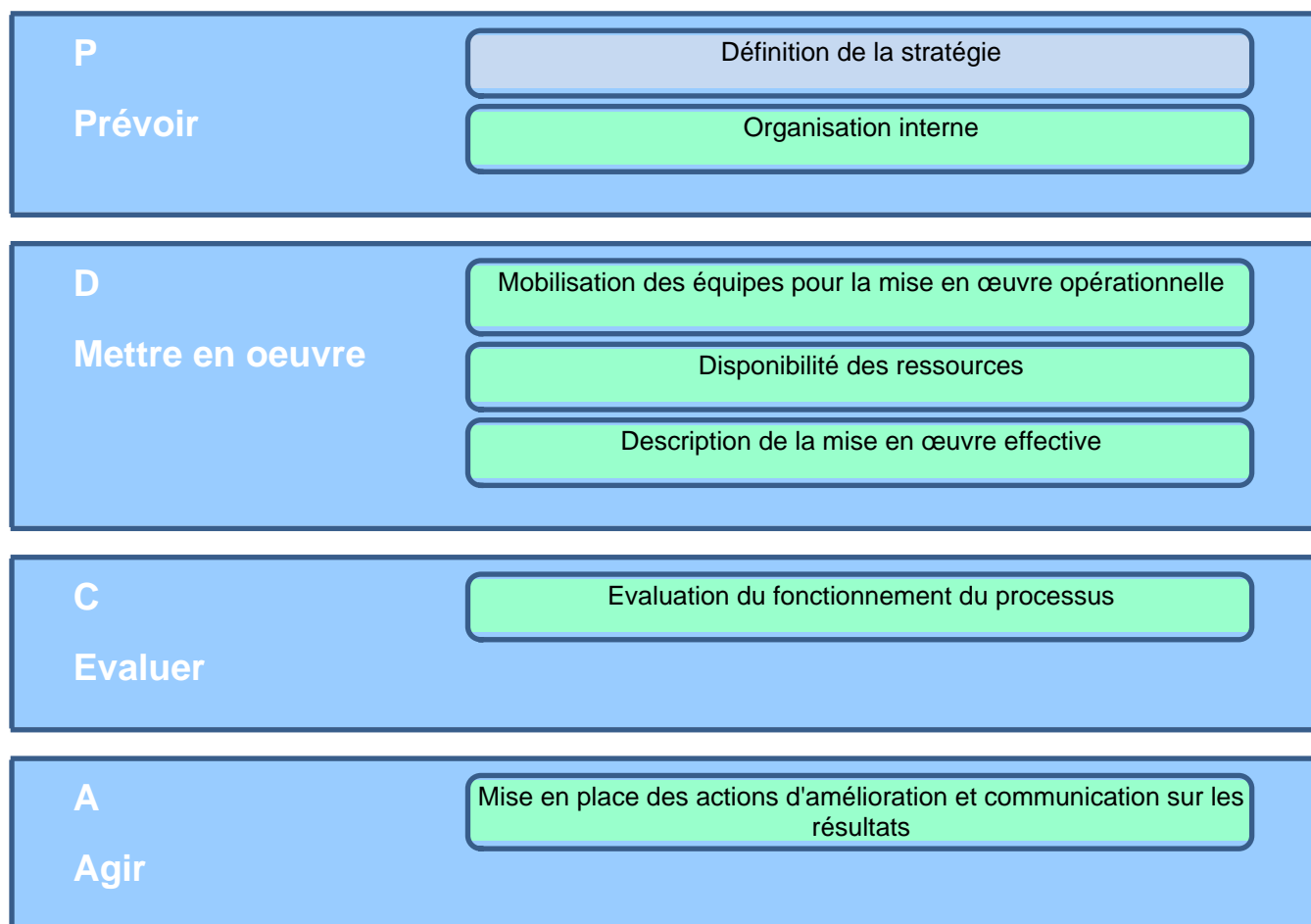
DOSSIER PATIENT

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

La politique du dossier patient s'inscrit dans le projet d'établissement et dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est validée par la CME et la Direction. Elle est diffusée sur l'intranet de l'établissement.

Le dossier patient est informatisé dans le cadre du Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) du groupe Francheville Périgord Santé. La politique de sécurité du système d'information (PSSI) est formalisée, elle définit les exigences en matière de sécurité s'appliquant au SI de la structure dans le respect des droits du patient avec les contraintes opérationnelles et économiques acceptables par l'établissement et chaque acteur. Elle couvre l'ensemble des systèmes d'information : le système informatique de gestion, les applications institutionnelles (messagerie, applications et publications internet, sauvegarde, stockage) et celles propres aux composantes (applications de santé, traitement des données, bureautique...).

Le compte qualité a été élaboré à partir des données d'entrée issues de la cartographie des risques, des résultats de la dernière certification (V2014), des audits, des IPAQSS, de la réglementation, et du CPOM. Sur la base d'une grille de criticité, 4 risques prioritaires figurent dans le compte qualité sur la thématique du dossier patient et 2 risques sur la thématique de la gestion du système informatique.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration, intégré au PAQSS. Celui-ci précise, pour chaque action, le pilote, l'échéancier ainsi que les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le SSR La Lande a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les pilotes du processus sont désignés : un médecin généraliste et l'une des 2 coordinatrices des soins. Ils ont été destinataires d'une fiche de poste émanant de la direction et du médecin chef de service.

Le médecin chef (MPR) est à l'origine de l'évolution du paramétrage du logiciel réalisé au fur et à mesure des besoins des utilisateurs et des exigences réglementaires. Un médecin DIM intervient un après-midi par semaine, il vérifie la qualité des données et leur exhaustivité.

L'établissement dispose d'un dossier du patient sur support papier et d'un dossier informatisé dont les modalités d'utilisation sont définies dans les procédures respectives. Celles-ci (dossier papier et dossier informatique) définissent les règles de création, de traçabilité et d'archivage du dossier.

La procédure de gestion du dossier administratif décrit sa gestion, de l'entrée du patient à sa sortie, de son mode de classement et d'archivage, l'objectif étant une transmission des informations (externes et internes) correctes (bulletin de situation, coordonnées, etc.) et une maîtrise du système de facturation.

Le dossier patient est informatisé depuis la pré admission du patient jusqu'à sa sortie.

Un guide d'utilisation est à disposition de l'ensemble des professionnels.

Une Charte d'accès et d'usage d'information est formalisée. Elle est associée au règlement intérieur de l'établissement, elle précise les règles d'utilisation des technologies d'information utilisées dans l'établissement. La procédure de sauvegarde des données informatiques est définie et s'applique aux applicatifs de facturation, aux applicatifs médicaux « Rééducation » et aux applicatifs de Gestion.

En cas de non fonctionnement de tout ou partie des logiciels informatiques, il existe une procédure « passage en mode dégradé du système d'information » ainsi que celle qui précise la conduite à tenir lors du retour à la normale du SI « retour à la normale du système d'information ». Ce plan de continuité permet dans un premier temps de maintenir en mode dégradé les activités critiques puis de récupérer et de restaurer toutes les fonctionnalités du système d'information.

Du point de vue du matériel, le parc informatique répond aux besoins des utilisateurs.

Dans le cadre des interfaces, le SSR La Lande assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus :

- Entre les différents acteurs : les différents praticiens, le médecin (DIM), la responsable qualité, le coordonnateur qualité et gestion des risques, les secrétaires en charge des admissions, les professionnels de santé, soignants, rééducateurs, psychologues, et assistante sociale.

- Entre les secteurs d'activité : services administratifs, services de soins, services de rééducation, ateliers d'éducation thérapeutique, pharmacie, laboratoire de biologie médicale externe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le médecin chef, les coordinatrices des soins, la RAQ du SSR et le RSSI du groupe organisent le déploiement de la démarche institutionnelle. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, ils s'assurent de l'appropriation des procédures et de la conformité des pratiques relatives au dossier patient.

Ils sensibilisent les professionnels sur les risques de défaut de traçabilité notamment en lien avec la valorisation de l'activité dans le PMSI.

L'investigation par le patient traceur a permis de mettre en évidence que chaque professionnel intervenant auprès du patient trace son activité.

Le codage PMSI est rempli par les médecins, le DIM les vérifie et génère les RHS pour les envois mensuels. Il est prévu que le DIM rencontre les médecins régulièrement. Les actes sont codés par les opérateurs tous préalablement formés au PMSI.

Les nouveaux recrutés sont formés : les nouveaux médecins sont doublés pendant 2 jours et les professionnels paramédicaux le sont par leurs pairs au quotidien. Les infirmières coordinatrices sensibilisent régulièrement les soignants au codage de la dépendance.

Des évaluations ont été réalisées avec la méthode du patient traceur, les résultats ont été présentés à l'ensemble des professionnels en réunion de fonctionnement.

Une fiche de signalement d'évènement indésirable est rédigée pour tout dysfonctionnement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Un médecin DIM intervient un après-midi par semaine. Il a prévu de rencontrer les médecins plus régulièrement.

Les infirmières coordinatrices rappellent les règles de codage des dépendances.

Les modifications réalisées sur le paramétrage par le médecin chef sont présentées aux professionnels pour prise en compte. Il y a également des formations au patient traceur.

Afin de préciser les rubriques nécessaires à la mise en évidence de la prise en charge par profession, des modes opératoires ont été élaborés pour chaque catégorie professionnelle, disponibles sur les PC des soins.

Tout professionnel impliqué dans la prise en charge du patient a accès au dossier patient informatisé via un mot de passe qui lui est propre.

Les habilitations sont données par le médecin chef selon le profil métier.

Le parc informatique répond aux besoins des utilisateurs : il existe 4 terminaux dans chaque permanence de soins, 8 PC pour les bureaux médicaux, 2 PC pour les 2 secrétaires, 1 PC à la pharmacie, 1 PC dans le gymnase de cardiologie, 1 PC dans le bureau de l'assistante sociale, 1 PC pour chaque coordonnatrice de soins, 1 PC pour la secrétaire d'accueil et 1 PC pour le service de restauration.

La sécurité du système d'information est opérationnelle : il y a deux serveurs de virtualisation, entièrement automatisés. Les sauvegardes sont réalisées par le logiciel. La maintenance informatique est assurée par le responsable informatique du groupe.

Le serveur se trouve dans un local sécurisé et climatisé.

Les locaux d'archivage des dossiers patient sont fermés par un digicode. Leur accès est strictement réservé aux secrétaires médicales.

Les procédures et documents qualité relatifs au dossier du patient sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire :

- Procédure : « gestion du dossier administratif du patient »,
- Procédure : « gestion du dossier papier du patient »,
- Procédure : « gestion du dossier informatisé du patient »,
- Procédure : « Passage en mode dégradé du système d'information »,
- Procédure : « Retour à la normale du système d'information »,
- Procédure : « Sauvegarde des données informatiques »,
- Procédure : « Engagement concernant les disponibilités des applications »,
- La charte d'utilisation des ressources informatiques,
- Politique de sécurité du SI.

Les déclarations à la CNIL sont réalisées.

L'information du patient concernant l'accès à son dossier, figure dans le livret d'accueil ainsi que le traitement informatique des renseignements administratifs et médicaux le concernant et son droit d'accès et de rectification, conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

La procédure d'accès du patient à son dossier est également disponible dans le logiciel informatique. Les demandes d'accès au dossier sont traitées par la RAQ qui tient un registre dédié à cet effet, avec suivi des délais d'envoi. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation (entre 2 et 8 jours, si les informations datent de moins de 5 ans, mois de 2 mois, si les informations datent de plus de 5 ans). L'évaluation du délai de transmission est suivie et présentée en CDU.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient par l'ensemble des professionnels.

La secrétaire des admissions crée le dossier de préadmission et programme la venue du patient. La coordonnatrice de soins programme le lit d'accueil (module « tableau de bord des lits »). L'hôtesse d'accueil vérifie la bonne orthographe du nom, prénom et date de naissance, récupère le dossier administratif de préadmission et confirme la date d'entrée dans le dossier.

Si le patient est déjà venu, elle vérifie le code malade (n° IPP). Elle complète le dossier administratif avec les pièces administratives du dossier. La technicienne de facturation s'assure de la concordance avec le dossier administratif du logiciel de facturation.

Après installation du patient dans sa chambre, l'infirmière et l'aide-soignante complètent le dossier de soin. Le médecin trace son bilan d'entrée avec l'anamnèse, les motifs d'hospitalisation les éléments de connaissance du patient, les facteurs de risques, les conclusions de l'examen clinique, les prescriptions etc.... Le projet thérapeutique concerté est élaboré et précise les objectifs de la prise en charge.

L'ensemble des éléments papiers est conservé dans une chemise cartonnée dont la couleur rappelle la couleur de l'unité où séjourne le patient.

Les dossiers papier des ergothérapeutes, de l'orthophoniste, de la psychomotricienne, du professeur d'activités physiques adaptées regroupent les documents ayant permis l'évaluation du patient et les conclusions des bilans. Chaque document papier comporte l'identification du patient et du thérapeute.

La prise en charge est retranscrite avec les conclusions dans le dossier informatisé.

La diététicienne trace dans le dossier informatisé son activité et les informations utiles à la prise en charge.

L'assistante sociale et la neuropsychologue alimentent le dossier informatisé en fonction du besoin et communique ainsi les informations qu'elle juge nécessaires à l'ensemble de l'équipe. Les documentations écrites sont conservées dans le dossier papier au bureau de l'assistante sociale ou de la neuropsychologue.

Au quotidien, les dossiers patients papier sont rangés dans des armoires situées dans les permanences. La permanence de soins représente un carrefour incontournable pour tous les acteurs de soins et favorise la transmission des informations écrites et orales. Des volets roulants électriques contrôlés de l'intérieur de la pièce sont clos systématiquement pendant les temps de transmission et pendant la nuit.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le SSR La Lande assure régulièrement l'évaluation du processus dossier du patient. Le recueil des indicateurs IPAQSS et Hôpital Numérique est effectif. Par ailleurs, des indicateurs internes ont été définis et sont suivis : nombre de demandes de dossiers et délais de transmission des dossiers aux patients, nombre de FEI. La méthode du patient traceur a été mise en place, et des audits « patients traceurs » ont été réalisés en début d'année 2019.

Par ailleurs, l'établissement a réalisé des EPP :

- « évaluation de la traçabilité de la mesure de la douleur »
- « EPP dépistage des troubles nutritionnels »,
- « Délai d'envoi du courrier de sortie,

Ces différentes évaluations ont permis de vérifier la présence des éléments constitutifs à toutes les étapes de la prise en charge.

A / AGIR

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

Le plan d'actions relatif au dossier patient, élaboré dans le compte qualité a été mis en œuvre avec notamment la définition de la politique du dossier patient, l'actualisation ou la formalisation de procédures, de fiches techniques. Par ailleurs, de nombreuses actions d'améliorations sont régulièrement menées :

- Le paramétrage a été réajusté par le médecin chef pour répondre aux besoins des utilisateurs et améliorer la traçabilité.
- Le DIM intervient auprès des professionnels du soin, pour demander la correction de défaut de codage ou le manque de traçabilité.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité des améliorations portées au processus.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

L'information des professionnels sur les résultats des actions conduites est réalisée par l'encadrement, la RAQ et la directrice adjointe au cours des réunions de fonctionnement ou au cours des instances par les pilotes. Les comptes rendus des instances sont disponibles à tous les professionnels via le logiciel intranet .

Les résultats sont diffusés également par voie d'affichage à l'intention des usagers et des professionnels ainsi que dans le livret d'accueil.

Les données relatives à l'accès du patient à son dossier, au nombre de demandes d'accès au dossier, aux délais de transmission des dossiers aux patients et au suivi des actions d'amélioration sont communiquées en CDU.

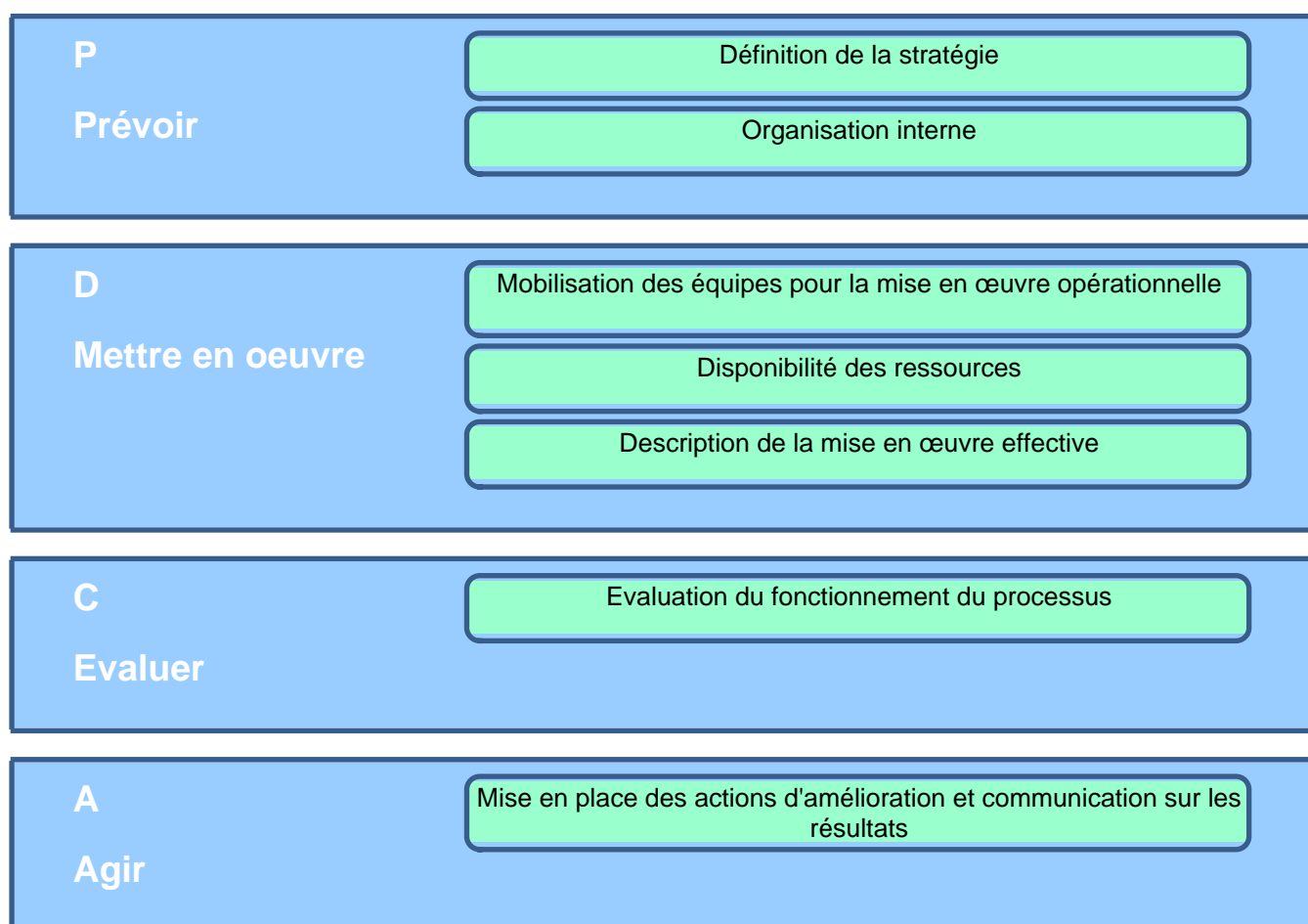
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est définie, elle a été actualisée et validée en CME le 14 mars 2019. Elle s'inscrit dans la politique globale de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

Elle repose sur la sécurisation du circuit du médicament à toute les étapes, la garantie de la continuité de la prise en charge, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse notamment chez le sujet âgé, sur le bon usage des antibiotiques, la gestion des alertes, l'optimisation du système d'information, l'efficacité, la formation et la sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses et la promotion de la culture de sécurité.

L'identification des risques est réalisée à partir de la cartographie des risques a priori élaborée sur la base de la « grille interdiag Médicaments de l'ANAP » actualisée le 24 octobre 2018, des écarts observés lors de l'inspection pharmacie du 7 novembre 2017, de la déclaration des événements indésirables, des recommandations de la précédente certification et du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Les risques prioritaires identifiés sont:

- Erreur de prescription à l'entrée et absence de signalement lors de l'analyse pharmaceutique,
- Défaut de sécurisation des armoires dans les services
- Médicament périmé non retiré
- Absence de contrôle en temps réel des médicaments à administrer
- Erreur de patient

Les grilles utilisées pour la hiérarchisation sont celles de l'HAS.

Un plan d'actions spécifique est élaboré, il intègre le PAQSS global et est articulé avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

la pharmacienne pilote le processus avec un médecin et la responsable qualité. Elle assure aussi la présidence du COMEDIMS et la responsabilité du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ces missions et responsabilités sont formalisées dans sa fiche de poste.

Le COMEDIMS (comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles) se réunit régulièrement (3 fois par an) et participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement et est partie prenante dans la mise en place des plans d'actions et dans le suivi du CAQES. Un comité antibiotiques et un comité pharmacovigilance se tiennent régulièrement concomitamment au COMEDIMS.

La déclaration des événements indésirables liés aux circuit du médicament est organisée.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le CRRF La Lande a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les interfaces sont organisées entre les services de l'établissement et la PUI, les services administratifs, techniques et logistiques.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse de la prescription à la surveillance du patient est déployée sur l'ensemble des services. Un logiciel d'aide à la prescription est opérationnel. La gestion des commandes et des stocks est aussi informatisée.

La permanence pharmaceutique, les règles de prescriptions, de délivrance et d'administration, les règles de gestion, de stockage, de transport, la gestion des médicaments à risque, l'information du patient et la gestion de son traitement, les modalités de continuité en cas d'indisponibilité du système d'information sont formalisés et organisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est diffusée au sein de l'établissement sur le logiciel de gestion documentaire.

Les professionnels ont connaissance du plan d'action associé à la politique. Ils sont sensibilisés aux objectifs définis. L'implication des équipes est recherchée (participations d'une IDE au COMEDIMS), et soutenue par des informations régulières délivrées par l'encadrement.

Le RSMQ, les médecins, les coordinatrices des soins s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors d'audits des pratiques ou d'EPP diligentés en interne. Des actions correctives sont mises en place en cas de nécessité. Les résultats en sont communiqués aux équipes

La pharmacienne responsable du management de la prise en charge médicamenteuse s'assure de l'analyse et du traitement des événements indésirables liés au circuit du médicament en lien avec les équipes et le COMEDIMS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La pharmacie d'usage intérieur (PUI) emploie une pharmacienne gérante (1ETP) et un préparateur en pharmacie (1ETP) et ils sont remplacés lors de leur absence. La PUI de l'établissement approvisionne aussi l'autre établissement du groupe Le Verger des Balans. La pharmacienne est la correspondante locale de pharmacovigilance et de matériovigilance.

La pharmacie réalise, pour les médicaments, les opérations de gestion, d'approvisionnement, détention, stockage, dispensation et délivrance des médicaments et conseils auprès des professionnels.

Elle a été agrandie et a fait l'objet d'une visite d'inspection le 7 novembre 2017. Elle est climatisée. Elle comprend des locaux de stockage et des équipements nécessaires: un coffre pour le stockage des stupéfiants, deux ordinateurs, 1 armoire à basse température réservé aux médicaments à conserver au frais avec affichage des températures et des packs réfrigérants pour le transport des produits thermosensibles.

L'accès à la pharmacie est interdite en cas d'absence de la pharmacienne. La permanence est assurée depuis décembre 2017 par convention avec l'établissement de Francheville appartenant au même groupe et qui dispose d'une astreinte pharmacien.

Il y a 1 chariot d'urgence à proximité de la salle d'épreuves d'efforts. Les deux salles de soins disposent de chariots de distribution des médicaments, d'armoires de stockage verrouillées, de réfrigérateurs et d'un coffre à stupéfiants et d'ordinateurs en nombre suffisant. Depuis quelques mois la Wifi a été installée pour permettre l'administration en temps réel. Des travaux de rénovation et de réagencement des salles de soins sont programmés en avril 2019 afin d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité.

L'ensemble des points critiques du processus fait l'objet de protocoles, procédures, enregistrements, disponibles au sein du logiciel de gestion documentaire:

- Gestion des stocks et approvisionnement en urgence
- Règles du circuit du médicament de la prescription à la délivrance, stockage, transport, du bon usage des antibiotiques et dispensation des fluides médicaux,
- Délivrance des stupéfiants, préparation des piluliers,
- Liste des médicaments à risques et des patients à risques et règles spécifiques à respecter,
- Gestion du traitement personnel du patient,

Un support d'information (vous et vos médicaments) est remis aux patients avec le livret d'accueil. Les professionnels disposent aussi de supports d'information sur les médicaments à risques et les médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé par exemple.

Une connexion informatique avec le laboratoire assure l'implémentation des résultats dans le dossier du patient. En cas de besoin et en urgence un accès direct à la plate-forme du laboratoire est possible et les résultats sont systématiquement transmis sur les faxes des salles de soins.

Le plan annuel de formation prévoit de former deux infirmières tous les ans à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. La pharmacienne et un médecin ont été formés à la conciliation médicamenteuse en 2018.

Un autre médecin y est inscrit au plan 2019. L'établissement organise chaque année un atelier (chambre des erreurs) lors de la semaine de la sécurité pour sensibiliser Les professionnels à la prise en charge médicamenteuse.

L'établissement a recours à l'hôpital de Perigueux pour toutes les demandes d'avis d'infectiologie.

Le circuit du médicament est entièrement informatisé. Il en est de même de la gestion des commandes et

des stocks et les prescripteurs bénéficient d'un logiciel d'aide à la prescription. Les professionnels disposent de l'accès à l'outil de recueil et de traitement des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes (CONSORES).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont informatisées et répondent aux exigences réglementaires. Les médecins disposent d'outils d'aide à la prescription et d'un livret thérapeutique.

L'analyse pharmaceutique concerne toutes les prescriptions. La pharmacienne a accès aux données cliniques et biologiques du patient. Le traitement personnel des patients à l'entrée en hospitalisation complète comme en hôpital de jour est intégré à son dossier. La conciliation médicamenteuse est initiée pour les patients qui à l'entrée présentent une situation complexe (2 conciliations réalisées en 2018 et 4 de prévues en 2019).

La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure connue et appliquée.

La dispensation individuelle nominative est déployée sur le secteur Sud (Locomoteur) depuis janvier 2018. Les piluliers sont préparés à la PUI. Sur le service Ouest (cardiologie) la dispensation est globalisée et les piluliers préparés par l'infirmier de nuit. Les stupéfiants font aussi l'objet d'une dispensation nominative.

Le transport des armoires et chariots de médicament entre la pharmacie et les services est assuré par le personnel de pharmacie. Les produits thermosensibles sont rangés directement dans le réfrigérateur du service de soins. La température des réfrigérateurs est surveillée et tracée quotidiennement.

Les médicaments sont stockés conformément aux bonnes pratiques, les médicaments à risques sont identifiés et marqués.

Des précautions particulières sont prises pour les médicaments à risques.

Les médicaments sont identifiables jusqu'à leur distribution et administration.

L'administration des médicaments se fait en salle à manger et en chambre pour les patients qui ne peuvent pas prendre leur repas en salle.

Avant l'administration, l'IDE vérifie l'identité du patient et des médicaments au regard de la prescription médicale et de l'identifiant du pilulier, la date de péremption des médicaments et leur aspect pour les médicaments à risque, le mode d'administration du médicament.

L'administration est tracée dans le dossier du patient en temps réel depuis l'installation récente de la Wifi. Cette dernière demande encore quelques ajustements techniques pour garantir la continuité de la connexion. Tous les patients sont concernés, il n'y a pas de patients autonomes. Seule une liste des médicaments « à la demande » a été établie et validée par les prescripteurs. La non administration et son motif sont également notés dans le dossier et sont signalée au médecin et au pharmacien. Les périmés font l'objet d'un contrôle périodique par la pharmacie. L'information du patient est assurée à toutes les étapes par les médecins et/ou les infirmiers. Dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique du patient "coronarien" un atelier spécifique est organisé sur le traitement médicamenteux.

Les températures des réfrigérateurs sont relevées et tracées quotidiennement.

L'hygiène des locaux et des matériels est assurée.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables (138 signalements en 2018 et 88 en 2017). Elles sont traitées par la pharmacienne qui en assure un retour aux équipes. Ces événements font l'objet d'une présentation en COMEDIMS ainsi que les alertes ascendantes et descendantes de pharmacovigilance.

Les prescriptions et les changements de prescriptions par le médecin sont systématiquement imprimées dans les salles de soins afin d'assurer la continuité des soins en cas de panne informatique.

Les professionnels signalent les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse. La pharmacienne les analyse et assure un retour aux déclarants. Cependant l'analyse des événements indésirables n'est pas totalement opérationnelle. En effet aucun événement indésirable lié au médicament n'a fait l'objet d'une analyse approfondie des causes en CREX en 2017 et 2018 et au jour de la visite des experts visiteur en 2019.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CRRF La Lande a mis en place un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique et régulière de la prise en charge médicamenteuse. Il suit les indicateurs nationaux IPAQSS et ICATB, les indicateurs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), les événements indésirables liés aux médicaments et les rapports d'inspection et de certification.

L'outil interdiag Médicaments de l'ANAP a été utilisé dans les services de soins.

Une EPP sur le bon usage des antibiotiques a été réalisée.

Un bilan régulier est effectué lors des réunions du COMEDIMS.

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

Suite aux différentes évaluations menées, des plans d'actions sont élaborés et intégrés dans le PAQSS global de l'établissement.

La communication des résultats est réalisée, soit par affichages dans les services, soit par l'intranet de l'établissement ou au cours de réunions institutionnelles (COMEDIMS et réunions de service).

L'établissement participe à la semaine nationale sécurité.

Les actions d'amélioration issues des évaluations et des rapports d'inspection et de certification sont mises en œuvre, suivies et évaluées. Des audits réguliers sont réalisés pour suivre l'impact des mesures prises pour améliorer la réévaluation des antibiotiques à 7 jours et la diminution de leur consommation.