




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ÉTABLISSEMENT DE
MÉDECINE PHYSIQUE -
RÉÉDUCATION ET
RÉADAPTATION EN MILIEU
MARIN LE NORMANDY**

1, rue jules michelet

Bp 619

50406 Granville

Février 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

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

ETABLISSEMENT DE MEDECINE PHYSIQUE - REEDUCATION ET READAPTATION EN MILIEU MARIN LE NORMANDY	
Adresse	1, rue jules michelet 50406 Granville
Département / région	MANCHE / NORMANDIE
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	500000567	ETABLISSEMENT DE MEDECINE PHYSIQUE - REEDUCATION ET READAPTATION EN MILIEU MARIN LE NORMANDY	1 rue jules michelet 50406 Granville
Etablissement de santé	500021423	ETABLISSEMENT DE MEDECINE PHYSIQUE - REEDUCATION ET READAPTATION LE NORMANDY II	647 rue des menneries 50400 GRANVILLE
Etablissement de santé	500000229	ETABLISSEMENT DE MEDECINE PHYSIQUE - REEDUCATION ET READAPTATION EN MILIEU MARIN LE NORMANDY	1, rue jules michelet Bp 619 50406 Granville

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	280	130

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. Niveau de certification

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

- prononce la certification de l'établissement.

2. Décision

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. Accréditation des laboratoires de biologie médicale

6. 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 dans un délai de 24 mois.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée ou enfant/ado	SSR spécialisé des affections de l'appareil loco-moteur	A définir	Programmé	Ayant eu de la balnéothérapie	SSR
2	Personne âgée	SSR spécialisé des affections de la personne âgée	A définir	Programmé		SSR
3	Adulte ou personne âgée ou enfant/ado	SSR spécialisé des affections du système nerveux H	A définir	Programmé		SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

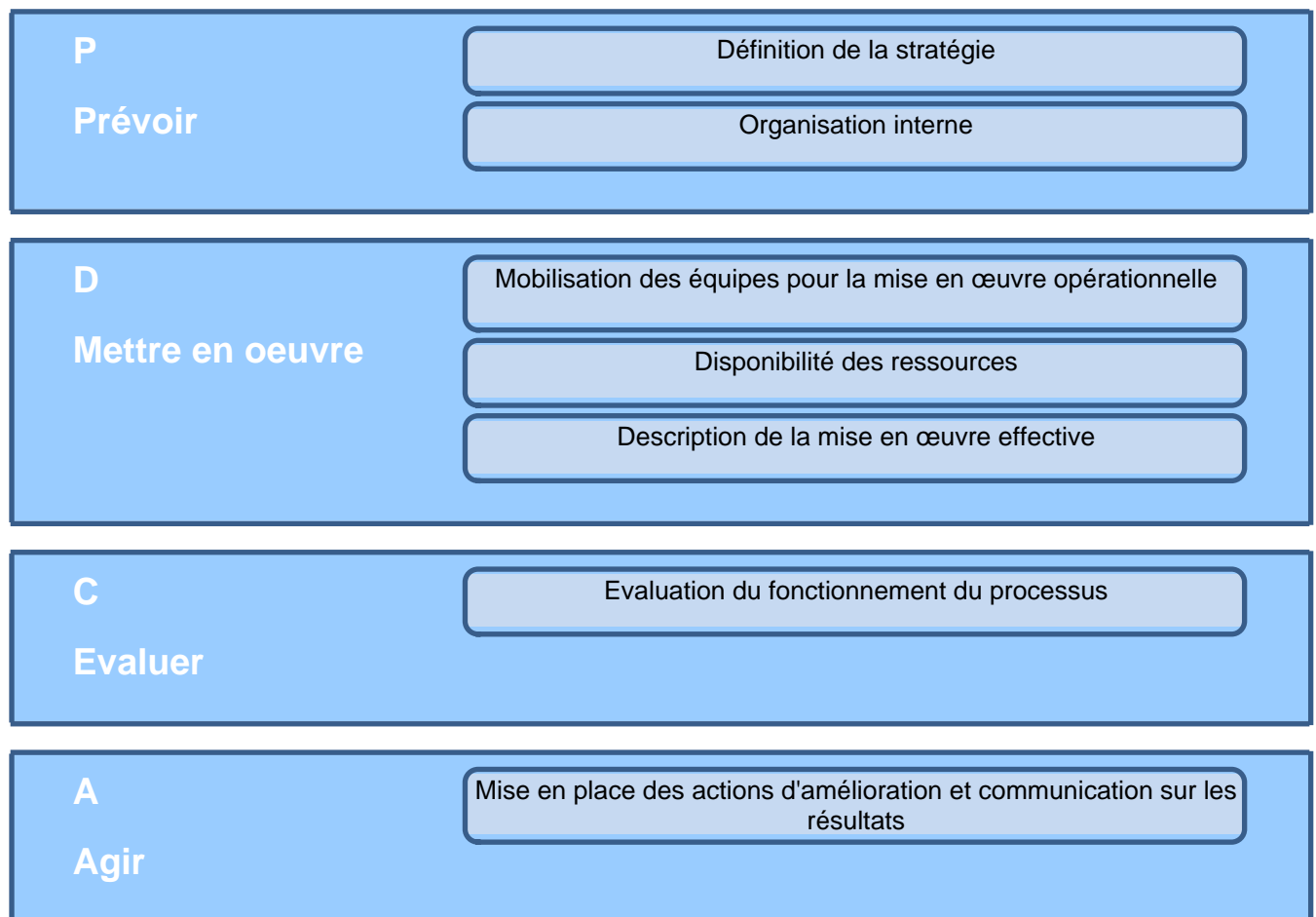
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CRRRF Normandy s'est engagé dans la démarche qualité en 1997 puis avec une démarche ISO 9002 pour la période 2000-2003 avant sa première visite d'accréditation.

Les différentes instances et groupes de travail relatifs à la qualité ont été regroupés dans le QUAVIRIS en 2008. Un coordonnateur des risques est en place depuis 2012.

Le comité de direction, le QUAVIRIS et la CME sont porteuses de la politique qualité et gestion des risques. Celle-ci est formalisée et déclinée en projets qui prennent en compte le programme national de sécurité du patient. Les volets sont la finalisation du système d'information, la permanence des EPP, le DPC, la prise en compte des méthodologies HAS dont le patient traceur et l'utilisation du compte qualité, le développement des CREX, le renforcement de la participation des usagers, la lutte contre les infections liées aux soins, la douleur, le bon usage des médicaments, les vigilances, l'alimentation, les "autres" risques.

Pour définir sa politique, l'établissement a utilisé entre autres données, le CPOM, le contrat de bon usage du médicaments, les IQSS, les données hôpital numérique (HN), les événements indésirables (EI), les plaintes et réclamations, les contrôles réglementaires, les CREX, les résultats d'audits internes.

Les risques sont hiérarchisés selon leur gravité, leur fréquence et leur niveau de maîtrise ce qui permet de déterminer un risque résiduel. Cette démarche aboutit à une cartographie des risques qui a été utilisée dans le compte qualité.

Le PAQSS traduit les actions issues de la définition de la politique et de la cartographie des risques. Les actions comportent un responsable, une échéance et des modalités de suivi.

Les professionnels ont été associés à la démarche par l'intermédiaire de l'encadrement lors des réunions d'équipe et des staffs. Leur formation à la démarche qualité et gestion des risques est considérée comme fondamentale par l'établissement.

La politique et le programme d'actions sont présentés au moins une fois par an à l'ensemble des instances dont la CRU, le CHSCT et le CE. Les documents sont accessibles à tous dans la base documentaire.

L'établissement dispose d'un plan blanc.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation repose sur le comité de direction, le QUAVIRIS, la CME et les vigilances. Les membres de ces instances organisent la gestion des interfaces. La gestion des plaintes et réclamations est articulée à l'ensemble tout comme les événements indésirables et la veille réglementaire. Le dispositif est relayé par les cadres et les référents. Les rôles et les responsabilités des pilotes sont définies dans leurs fiches de poste. Un organigramme général est disponible et permet une vision globale.

Les besoins en formation sont déterminés par la direction, l'encadrement et la cellule qualité qui assure une grande partie de la formation des professionnels de terrain. Les actions de formation sont inscrites dans le plan de formation. L'encadrement médical et paramédical bénéficie de formation à la résolution de problèmes. L'établissement utilise préférentiellement la méthode ORION. Des formations "patient traceur" et CREX ont été organisées.

Tous les professionnels participent à une journée d'intégration incluant qualité et gestion des risques dont la déclaration des événements indésirables qui est facilitée.

Une base documentaire est mise à disposition des professionnels, elle comporte l'ensemble des protocoles, comptes rendus d'instances, fiche de déclaration d'événements (l'établissement préfère cette appellation à celle d'événement indésirables).

Les professionnels ont la possibilité d'éditer des documents papier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions sont déployés par l'encadrement, les référents et les pilotes avec l'assistance méthodologique de la qualité.

Ces personnes concourent à la permanence de la sensibilisation des professionnels à la démarche qualité et aux risques spécifiques au secteur, ainsi que de leur engagement dans la déclaration des événements, des groupes de travail, des audits, EPP, ...

Les diverses réunions permettent d'assurer la cohérence entre la vision de la gestion des risques par l'encadrement et par les professionnels de terrain, aussi bien au niveau de l'évaluation que des actions correctives et de leur choix. L'encadrement et la base documentaire électronique permettent d'informer les professionnels des

résultats des évaluations et des actions d'amélioration mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La base documentaire en plus de l'accès à la documentation permet d'adresser automatiquement et individuellement par mail à chaque professionnel les informations qui lui sont spécifiques comme la création ou la modification de protocoles. Pour cela, la base documentaire est actualisée et suivie constamment. Concernant ces derniers, les professionnels ont la possibilité d'adresser une alerte lorsqu'ils ne leur semblent plus pertinents. Les professionnels sont formés régulièrement conformément à l'organisation définie (journée d'intégration, rappels, formations complémentaires comme les CREX ou le patient traceur et la méthode ORION plus particulièrement pour l'encadrement médical et paramédical).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés connaissent la politique qualité de l'établissement, les résultats des évaluations et actions d'amélioration concernant leur pratique professionnelle ainsi que les risques liés à leur secteur et leur activité. Ils participent à la déclaration des EI, aux groupes de travail et instances ainsi qu'aux audits et éventuellement aux CREX les concernant (EI, plaintes ou réclamation,...).

Les usagers sont informés et participent au programme lors de chacune des CRU dont le bilan annuel.

Les vigilances et la veille sanitaire sont assurées par les instances concernées et sont opérationnelles.

Les médecins et pharmaciens réalisent des analyses de pertinence.

Un exercice de réunion de la cellule de crise a été réalisé dans le cadre du plan blanc.

La représentation des usagers est effective en CRU et QUAVIRIS auquel elles ont été invitées. Ces personnels se considèrent comme bien intégrées et pouvant exercer pleinement leur mandat.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité du processus est évalué en prenant en compte l'évolution des indicateurs qui sont les indicateurs nationaux, le suivi du CPOM, les questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations. D'autres indicateurs issus des vigilances sont intégrés. L'évolution du nombre de CREX et du risque résiduel font l'objet d'une attention particulière tout comme l'évolution du nombre de professionnels formés à la qualité.

La réévaluation de la cartographie des risques conduit à la réactualisation du PAQSS simultanément à celle de chacune des actions.

La commission EPP évalue le suivi des différents travaux en CME environ tous les deux mois environ.

Le PAQSS est évalué plusieurs fois par an dans sa globalité et pour chacune de ses actions dont leurs délais de mise en œuvre.

L'ensemble des audits est planifié, la plupart sont reconduits chaque année.

Les résultats des évaluations périodiques sont exploitées et permettent d'ajuster les actions d'amélioration.

A / AGIR

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

En fonction des évolutions comme celles issues de la réglementation ou des congrès, l'établissement peut être amené à réajuster sa politique qualité gestion des risque comme il l'a déjà fait.

Il a amélioré la participation des usagers en les intégrant au QUAVIRIS.

Le PAQSS est réajusté en tenant compte des résultats des diverses évaluations dont celle de l'efficacité des actions.

La commission EPP réajuste son programme en fonction des résultats obtenus et met éventuellement en œuvre de nouvelles actions notamment en lien avec les activités récemment créées.

L'ensemble des instances dont la CRU, le CHSCT et le CE est informé des résultats des évaluations et des actions conduites.

L'ensemble des résultats obtenus dont les indicateurs nationaux et les enquêtes de satisfaction est disponible dans la base qualité et/ou affiché en fonction du public visé dont les usagers.

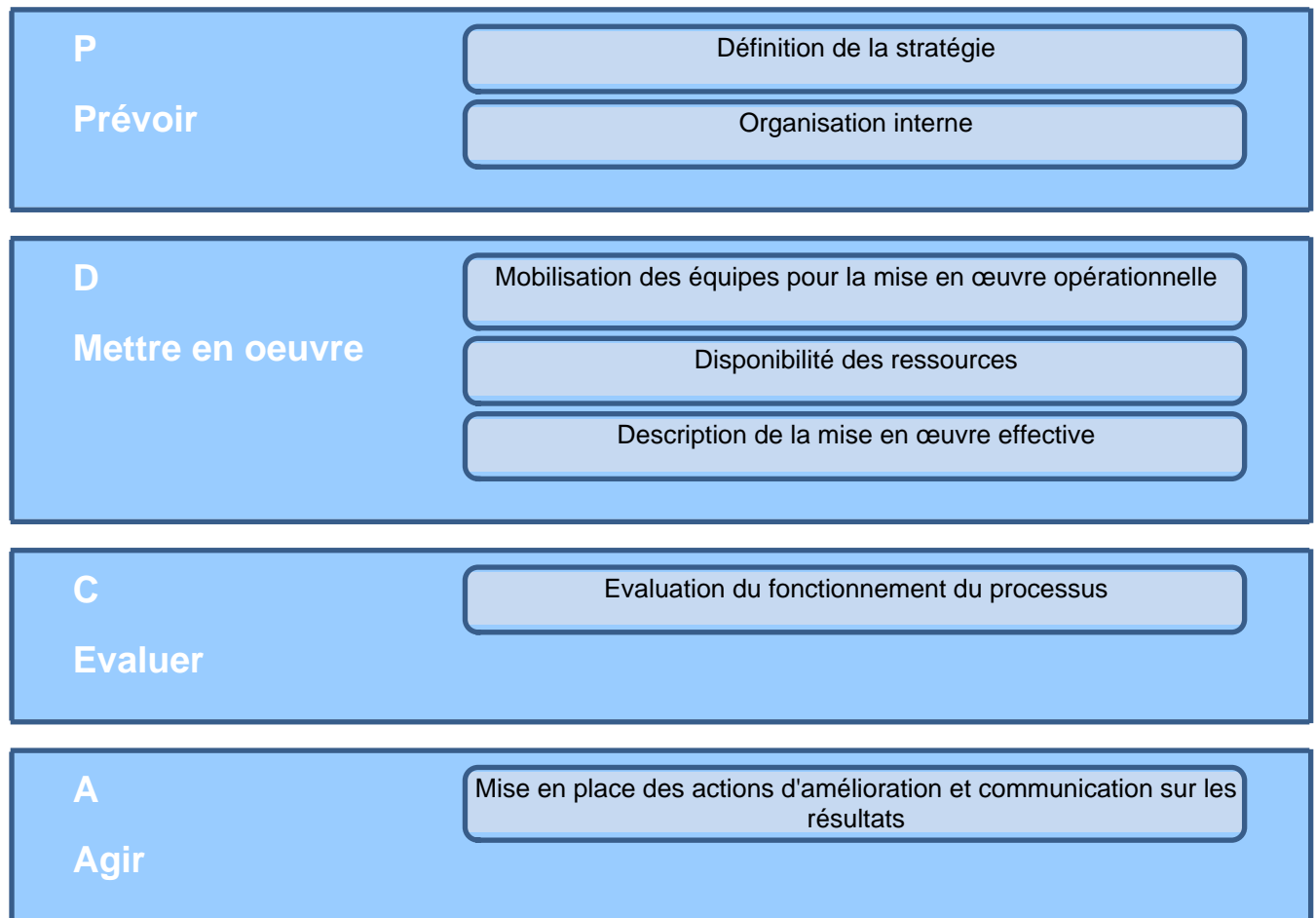
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement identifie ses besoins et ses risques en utilisant la réglementation, les diverses recommandations de l'HAS comme les risques de la contention chez la personne âgée ou de l'ANESM, les enquêtes de satisfaction, les plaintes et réclamations, les remarques de la CRU. Une enquête auprès des professionnels sur la bientraitance a été réalisée. Les apports des formations sont utilisés.

Les risques sont pris en compte et hiérarchisés en fonction de leur fréquence, de leur gravité et de leur niveau de maîtrise ce qui permet d'établir un risque résiduel. Ces risques sont intégrés dans la cartographie de l'établissement et utilisés dans le compte qualité.

Les actions relatives aux droits des patients sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement qui précise les pilotes, les délais (qui sont utilisés comme indicateurs de priorité), les indicateurs de résultat. Ces actions sont intégrées dans le compte qualité.

La CRU, le comité d'éthique, la CME, le comité de direction et le service qualité ont participé à l'élaboration du programme. Les valeurs relatives aux droits des patients figurent dans l'ensemble des projets de l'établissement, orientations stratégiques, projet de soins, projet de rééducation, projet qualité et gestion des risques.

ORGANISATION INTERNE

Le cadre supérieur de l'hospitalisation qui est membre du comité de direction, du comité d'éthique et de la CRU est référent pour l'établissement pour les droits des patients et la bientraitance. Il organise la gestion des interfaces, des formations, des compétences et de la communication dont les résultats des évaluations. Les rôles et responsabilités dans ce domaine sont définis dans les fiches de poste et le règlement intérieur. La devise de l'établissement intégrée à son logo est : "compétences et dévouement au service du patient".

La CRU, le comité d'éthique, la CME, le comité de direction et le service qualité participent à l'organisation de la mise en œuvre de la politique. Le cadre supérieur de l'hospitalisation est référent pour l'établissement pour les droits des patients et la bientraitance.

Le plan de formation intègre la bientraitance, le secret professionnel. Pour les médecins une formation annonce d'un dommage lié aux soins a été programmée en 2015.

L'ensemble des documents à destination des patients et des professionnels dont le signalement de maltraitance, la désignation de la personne de confiance, les comptes rendus de la CRU et du comité éthique est accessible dans la base documentaire.

Les chartes du patient hospitalisé et de bientraitance, documents relatifs à la CRU, à l'accès au dossier sont affichés et insérés dans le livret d'accueil.

La CRU et le comité d'éthique (depuis 2012) sont dotés d'un règlement intérieur.

L'établissement s'organise pour répondre à la réglementation relative aux locaux et matériels concernant les droits des patients (signalétique, accessibilité, installation de paravents ou de cloisons mobiles, domotique : ouverture des portes robotisée par exemple).

La continuité de ces valeurs dans les différents secteurs (hospitalisation, rééducation, services administratifs et techniques) est organisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement s'est montré impliqué dans le respect des droits du patient : sensibilisation des professionnels, incitation à participer à des groupes de travail ou des EPP comme sur la bientraitance, participation aux audits, évaluation au quotidien et mise en œuvre des actions du programme d'amélioration.

Les professionnels connaissent les risques, les résultats des évaluations et les actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en compte des droits du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels utilisent la documentation de la base documentaire informatisée.

Le plan de formation est mis en œuvre pour les actions relatives aux droits des patients et la bientraitance.

Les travaux et achats de matériel correspondent aux actions programmées. Les professionnels s'organisent pour réaliser les adaptations personnalisées nécessaires comme pour l'essayage des prothèses sur le plateau technique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La CME a traité des problématiques comme la démarche bénéfice risque, un retour sur la formation sur les dommages liés aux soins a été réalisé en réunion plénière. La personne de confiance est désignée, les directives anticipées sont recherchées le cas échéant. La douleur, les restrictions de liberté, les informations liées à la prise en charge sont traitées conformément aux protocoles.

La CRU ne se réunit pas 4 fois, comme l'exige la réglementation, mais trois fois par an en se réservant la possibilité d'une réunion exceptionnelle (En 2015, 4 réunions). Elle est informée des plaintes et réclamations, du résultat des différentes enquêtes dont les enquêtes nationales et de satisfaction. Elle réalise un bilan annuel et est force de proposition.

Le comité d'éthique se réunit 2 ou 3 fois par an, il a travaillé sur des sujets comme le signalement de la maltraitance, les directives anticipées, le secret partagé.

Les professionnels de soins et des services administratifs ce sont montrés attentifs au respect de l'ensemble des droits des patients dont l'intimité, la dignité et le respect de la confidentialité des informations. Ils ont expliqué des situations où ils sont capables de s'adapter à des situations particulières (tabagisme, horaires de visites).

L'accueil du patient est organisé au décours des différentes étapes (admission, hospitalisation, rééducation). Le patient et son entourage sont associés au projet individualisé de prise en charge à chacune des étapes de l'hospitalisation ce qui inclut la prise en compte de la démarche bénéfice risque, le consentement éclairé et éventuellement et si besoin les directives anticipées et le soutien. Les équipes médicales et soignantes rencontrent les patients et l'entourage à chaque situation particulière, de leur propre initiative ou à leur demande. Les protocoles relatifs à ces points sont utilisés.

Les modalités de signalement de maltraitance sont diffusées et connues.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les enquêtes de satisfaction et l'évolution des résultats permettent d'évaluer le fonctionnement du processus. D'autres évaluations sont réalisées comme "regards croisés sur la bientraitance", le suivi de l'information donnée sur les BMR, la fiche d'information patient, l'évaluation des bonnes pratiques de contention.

Les indicateurs de résultats sont utilisés.

La CRU et le service social réalisent un bilan annuel d'activité.

Une EPP sur la bientraitance a permis la mise en place d'un protocole et d'une charte.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations et la mesure de l'efficacité des actions permettent d'ajuster le PAQSS, d'adapter, supprimer ou mettre en place les actions d'amélioration.

D'autres évaluations comme la traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins sont prévues.

Les résultats des évaluations et des actions d'améliorations sont communiqués aux instances et aux professionnels concernés. en utilisant différents vecteurs de communication : affichage, réunion, journaux internes, base documentaire.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

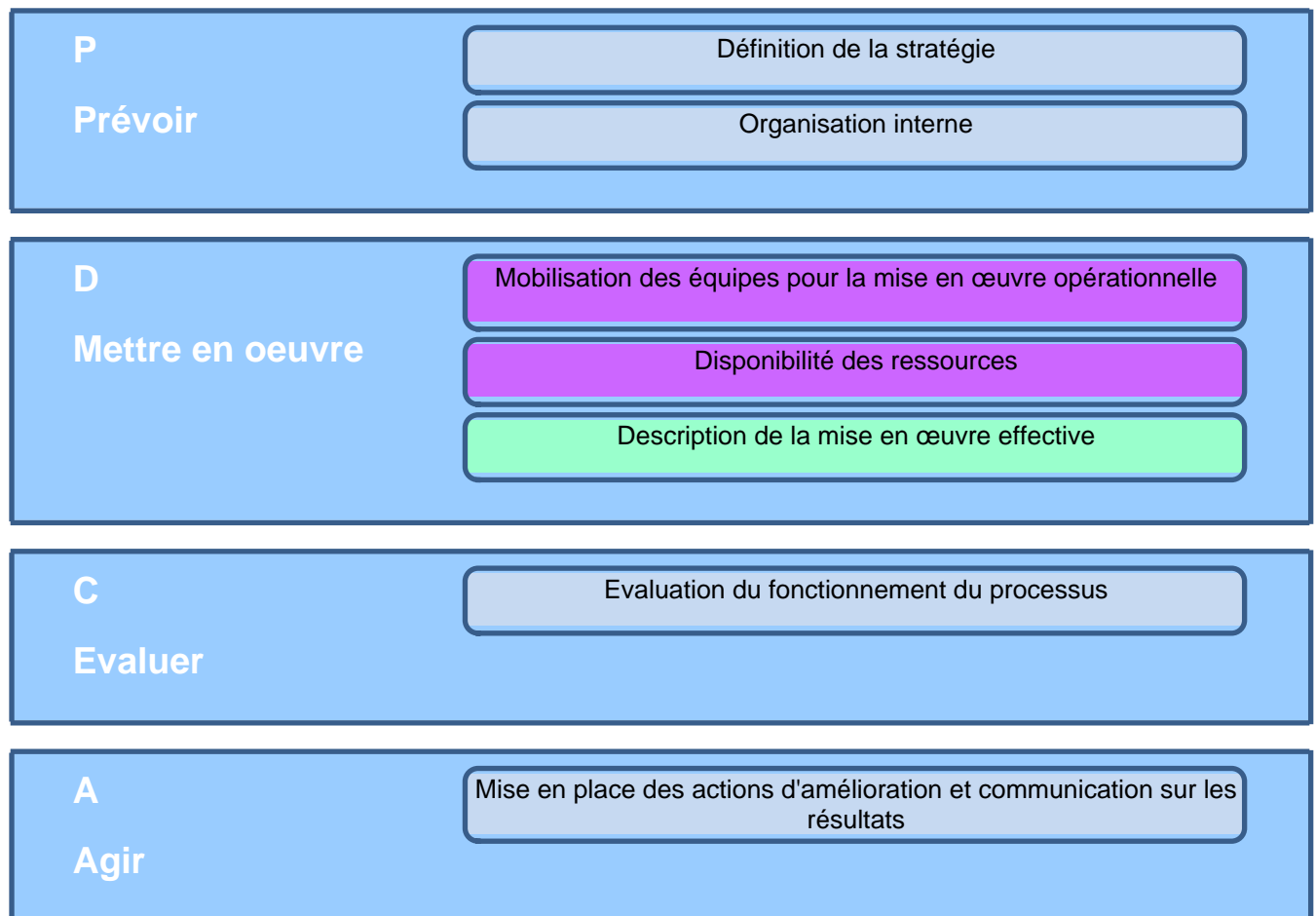
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins sanitaires de la population Bas Normande (SROSS, SIOSS) et des missions inscrites dans le CPOM (hospitalisation à temps complet HTC et hôpital de jour HDJ, sur deux sites Normandy 1 et Normandy 2, balnéothérapie et radiologie conventionnelle). Les autorisations ARS pour les prises en charge des populations spécifiques sont :
-SSR adulte non spécialisé, SSR spécialisé des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance, des brûlés et prise en charge des enfants adolescents de 16 à 18 ans pour le Normandy 1,
-SSR adulte non spécialisé, SSR spécialisé des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, de la personne âgée polyopathologique, respiratoires et labellisation éveil de coma pour le Normandy 2.
L'activité a été répartie en 3 pôles transversaux : "Pôle locomoteur et affection du rachis", "Pôle neuro vasculaire/ brûlés" et "Pôle neuro lourde, gériatrie et respiratoire".
L'analyse des risques a été réalisée avec les professionnels concernés, sur la base des Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins IQSS et Hôpital Numérique HN, de la cartographie des processus, des plaintes et réclamations, des fiches d'évènements indésirables, CREX, Questionnaire de Satisfaction Patient, EPP, Patients traceurs... Elle a permis l'élaboration du Compte Qualité CQ. Deux risques ont été priorisés: "le dépistage des troubles nutritionnels" (traçabilité TDN3), "courrier de fin d'hospitalisation" (incomplet).
La stratégie, relative au processus "Parcours patient", et les objectifs qui en découlent sont validés par les instances concernées, sont déclinés dans un programme d'action (PAQSS 2013-2018) formalisé et priorisé au regard de ses volets "autres risques 2013-2016" et "nutrition 2013-2015". Le PAQSS fait état d'une part des mesures de traitement des risques, des ressources et des modalités de mises en œuvre et d'autre part de l'articulation avec les données issues des CQ, CREX, EPP...

ORGANISATION INTERNE

Les instances en charge du processus sont le Comité directeur (COD), la CME et ses sous commissions (CLAN, EPP...), le QUAVIRIS. Les informations relatives à la sécurisation des circuits et à l'amélioration de la qualité du parcours patient sont transmises à la CRU et au Comité d'éthique si nécessaire. Les pilotes ont été définis : Médecin chef coordonnateur, Responsables des soins infirmiers pour Normandy 1 et Normandy 2, Responsable des soins de rééducation, Responsable des frais de séjour et Coordinateur de la gestion des risques associés au soins. Les fiches de poste sont formalisées.
Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins, en ressources humaines, dans tous les domaines concernés par le processus : compétences médicales (MPR, gériatre, pneumologue, psychiatre...), paramédicales (IDE, AS) et rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, professeurs APA, orthoprothésistes, neuropsychologues...), sociales, administratives. Le plan de formation répond aux besoins de formation continue (formations diplômantes et formations courtes). L'établissement a de plus une reconnaissance de plusieurs programmes de formation dans le cadre du DPC ("désamorcer la violence et l'agressivité en situations professionnelles", "patient traceur", "précautions standard en hygiène", "CREX", "erreurs médicamenteuses"). Par ailleurs, l'établissement a défini les modalités afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 (règles de présence et tableaux de gardes et astreintes, médicales, paramédicales et administratives). L'organisation prévoit, de plus, un dispositif adapté pour la prise en charge des urgences vitales (locaux, matériels, convention, professionnels dédiés).
Les ressources matérielles sont adaptées aux types de prises en charge et populations spécifiques accueillies tant au niveau des locaux (nouveau site Normandy 2, chambres particulières extension 1er étage Normandy1...) qu'en terme d'aménagements et rénovations de certains espaces dédiés (plateau technique pour la restauration fonctionnelle du rachis en HDJ, locaux du programme COMETE...). Les besoins en équipements pour les plateaux techniques et les services sont proposés en instances et font l'objet d'un plan d'investissement validé.
L'établissement a formalisé les ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé (projets médicaux, de soins, de rééducation), procédures et protocoles, cartographie des processus, fiches techniques. Les documents sont accessibles, sur les postes informatiques disponibles dans tous les secteurs, via la gestion documentaire électronique.
Les circuits et parcours de soins sont identifiés de la pré admission-accueil-admission (en HTP et HDJ), aux services de soins, balnéothérapie et rééducation. Les interfaces sont définies à toutes les étapes y compris avec les secteurs supports (planification, pharmacie, restauration, convoyage, logistique ...). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la coordination entre professionnels et entre secteurs d'activité notamment grâce à l'outil de planification.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et formalisés dans les projets 2015-2020 de soins et de rééducation. Les responsables des services de soins infirmiers et de rééducation mais aussi les cadres de santé sur les différents secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés (risque de dénutrition, risque suicidaire, risque de chutes, identitévigilance, etc.) au travers des réunions de services, des documents mis à disposition, des temps de sensibilisation. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par la réalisation d'EPP relatives au parcours patient ("ETP du patient amputé du membre inférieure", "dépistage et prise en charge de la dénutrition", "délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation", "évaluation de la prise en charge des troubles de la déglutition", "prévention des chutes", "patient traceur", CREX...). Les professionnels sont informés de leurs résultats (oralement, par affichage, dans gestion documentaire). Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre en concertation avec les professionnels inclus dans les groupes de travail.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en effectif sont en adéquation avec les objectifs. Les professionnels bénéficient de temps de formation et sensibilisation selon les demandes et les besoins liés à l'activité. Les formations peuvent être extérieures ou en interne (capacité de gérontologie, DU douleur, DIU éducation thérapeutique, prise en charge des cérébro lésés, prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition, autonomie mobilité des patients âgés...). Toutes les catégories professionnelles ont accès à la formation comme en témoignent les plans de formation (prévisionnel et réalisé). De plus, l'établissement facilite l'accès aux programmes de formation DPC (reconnaissance de plusieurs programmes pour l'établissement dans le cadre du DPC : patients traceurs, CREX...). Enfin, les compétences requises pour assurer la permanence des soins est effective : astreintes et gardes médicales, paramédicales pour les prises en charge qui le nécessitent (respiratoire, orthopédie, admission du week-end...) et administratives.

La mise à disposition de matériels répond aux risques identifiés et aux besoins liés à la prise en charge des patients. Les locaux sont adaptés aux besoins d'accessibilité, de confidentialité et de sécurité des patients (affichage des circuits, ascenseur avec alerte sonore, barrière de sécurité à chaque entrée d'escalier, espaces dédiés aux actes nécessitant la confidentialité...). Les secteurs de soins sont aménagés en fonction des populations accueillies et de l'activité de soins (rail de manutention, matériels de manutention, infirmerie sécurisée, parc informatique, une salle des urgences par site, chariots ou malles d'urgence sécurisés dans tous les secteurs, domotique pour certaines chambres, agencement des salles de bains...). Les plateaux techniques et la balnéothérapie sont équipés au regard des spécificités de rééducation-réadaptation (équipements d'aide à la locomotion Lokomat, pistes de marche, appareils de musculation, rails de manutention, matériels d'ergothérapie, équipements pour la réalisation de dispositifs prothétiques...).

Les professionnels ont accès à la documentation actualisée depuis les postes informatiques. Ainsi tous les protocoles (liés aux pratiques de soins, de rééducation-réadaptation, de gestion de l'accueil à la sortie et de la planification des soins), procédures (accueil, sortie, processus secteur rééducation et kinébalnéothérapie, planification des actes de rééducation-réadaptation...), fiches techniques et guides d'utilisation des matériels, résultats d'évaluation, compte rendus de réunions sont disponibles dans tous les secteurs. De plus, les modalités d'appel dans les situations d'urgences vitales pour les astreintes médicales et administratives sont affichées et connus de tous.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs connaissent les organisations définies. Ils mettent en œuvre les protocoles et les procédures établies pour la prise en charge du patient, en fonction des spécificités de la population accueillie. Ainsi, les prises en charge prennent en compte les situations de handicap, les patients porteurs de maladies chroniques (prise en charge spécifique pour la restauration fonctionnelle du rachis...), le suivi de la personne âgée (prise en charge des patients chuteurs...), l'accompagnement des personnes démunies (programme COMETE...).

Cette prise en charge s'appuie sur le recueil des informations utiles à l'hospitalisation du patient par le service accueil-admission et de leur traçabilité lors de l'ouverture du dossier patient informatisé (check listes accueil, admission, sortie, transferts) et la réalisation d'une évaluation initiale pluridisciplinaire de l'état de santé du patient. Ainsi, les médecins procèdent à l'évaluation clinique à l'entrée aboutissant à l'élaboration du projet de soins personnalisé, les infirmières renseignent la macro cible d'entrée et les rééducateurs réalisent les bilans de rééducation réadaptation. Les troubles nutritionnels, la douleur, le risque suicidaire, les risques d'escarres... sont pris en compte et tracés. L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge des patients. Elle est mise en œuvre selon des modalités définies au regard d'actions éducatives ciblées (rééducation fonctionnelle du rachis, autosondage, patient amputé, prévention des chutes ...). La réévaluation du projet personnalisé du patient repose sur la tenue de rencontres de concertation pluridisciplinaires planifiées: les transmissions

journalières, les rencontres médecins rééducateurs, les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires et les rencontres soignants-familles lorsque nécessaires. Cependant, la traçabilité du projet de soins personnalisé en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient n'est pas effective. En effet, la réévaluation pluridisciplinaire du projet de soins n'est pas réalisée selon un dispositif structuré permettant la traçabilité systématique dans le dossier du patient. Ce que confirme la rencontre avec deux patients traceurs, l'un en hospitalisation complète spécialité neurologie et l'autre en hôpital de jour spécialité neurologie.

La sortie fait l'objet d'une organisation particulière comprenant l'information du patient et de ses proches et pouvant inclure des dispositions particulières si nécessaires (week-end thérapeutique, visite de synthèse famille, passage de l'ergothérapeute au domicile...). Toutefois, toutes les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas transmises aux professionnels d'aval. Les résultats des IPAQSS mettent en exergue des axes d'amélioration concernant le contenu du courrier de fin d'hospitalisation (trace écrite du traitement de sortie, identité du médecin destinataire, dates du séjour et synthèse du séjour) et la prescription de sortie (voie d'administration). Cette question fait l'objet d'une EPP "délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation" depuis 2013 et a été priorisé dans le compte qualité. Une nouvelle évaluation réalisée en juillet 2015 témoigne de la stagnation des résultats.

Les différents circuits identifiés (HTC, HDJ, admission, sortie, transferts, passage sur les plateaux techniques, balnéothérapie) sont respectés. Toutes les prises en charge font l'objet d'une planification précise dès l'entrée du patient donnant lieu aux documents nécessaires à la coordination de tous les acteurs : un planning de soins formalisé est remis au patient l'informant de toutes les prises en charge et rendez vous pour la semaine (horaire, professionnel, lieu, activité...), un planning d'activité est édité par chaque professionnel (consultable sur informatique spécifiant les rendez vous avec les patients, les réunions avec les autres professionnels...), un plan de vol est destiné aux "convoyeurs" assurant l'accompagnement des patients qui le nécessitent sur les différents sites et lieux de soins. Cette planification assure l'opérationnalité des interfaces entre secteurs de soins. De même, les circuits avec les services supports (pharmacie, logistiques, restauration) sont fonctionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre, sur la base d'un grand nombre d'outils identifiés : Indicateurs Qualité et sécurité des soins, Hôpital numérique, PMSI, questionnaire de satisfaction patients, bilan relatif aux fiches d'évènements indésirables, tableaux de bord EPP comprenant le suivi des actions, rapport d'étape de la revue annuelle de contrat 2014, diverses évaluations internes (pose de cathéter, contenu et classement du dossier, contention au fauteuil...), plan de formation réalisé...

Les indicateurs internes et nationaux sont exploités au sein de la structure.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel dans ses volets "autres risques" et "nutrition". Le bilan annuel du QUAVIRIS retrace le niveau d'atteinte des objectifs fixés afin de réajuster la stratégie mise en œuvre. Des supports et modalités de diffusion sont établis (oral, informatique, messagerie, affichage). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (Qualnet, Qualinfo, bulletin du COD, plaquettes, réunion de service, participation au réseau Douleur...) et des usagers (semaine de la sécurité des patients, livret d'accueil, plaquette AVK, plaquette prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé, chambres des erreurs traitant de l'identitovigilance, l'hygiène, la douleur, la sécurité et ouvertes au public...).

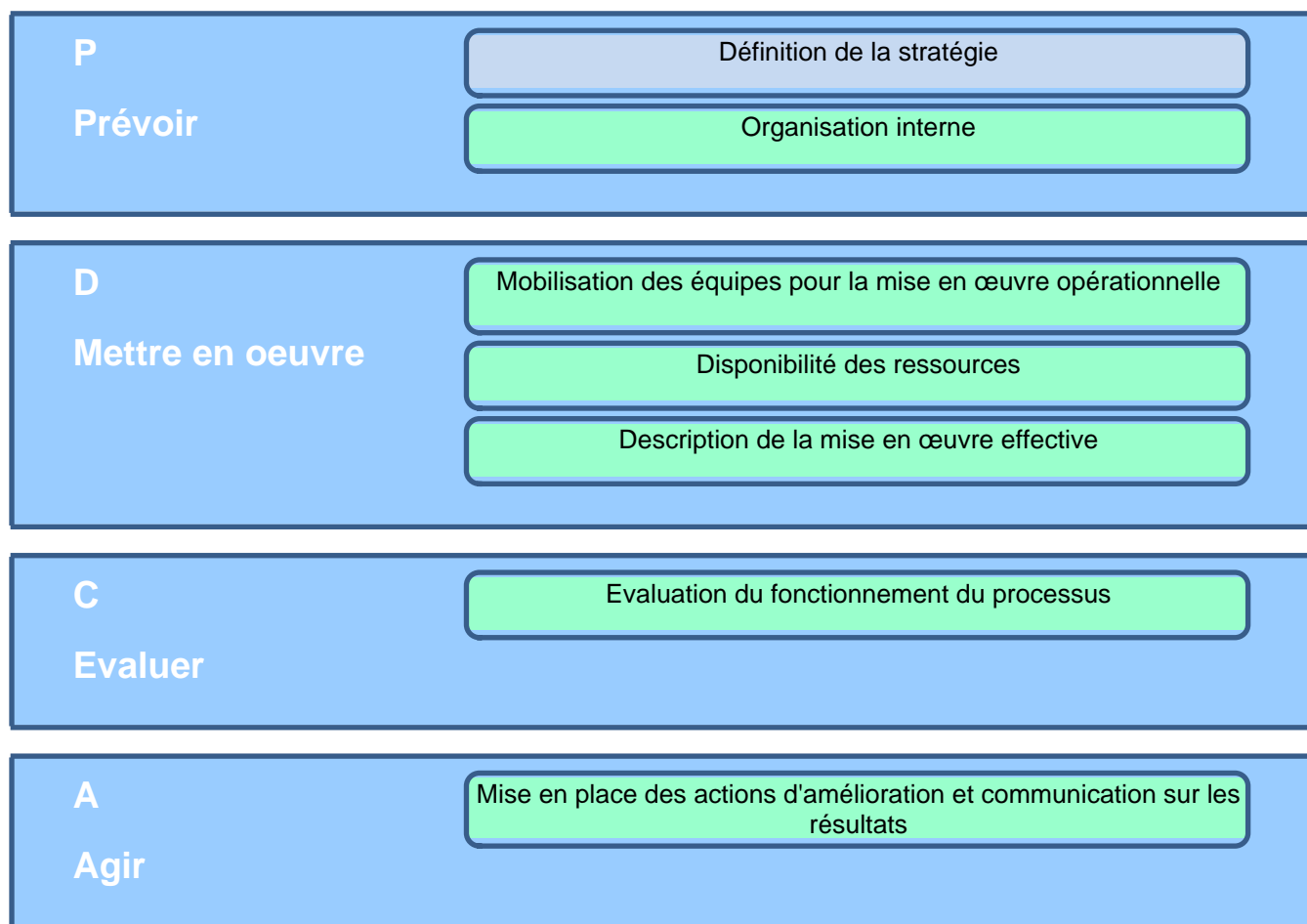
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs 2015-2020, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'objectif final est le 0 papier. Cette stratégie, validée par les instances concernées (CME et comité de direction) est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Ce programme fait état des mesures de traitement des risques, des ressources et modalités de suivi. Cette stratégie est basée sur les décisions de la V2007, les résultats des indicateurs et les EPP en cours sur le dossier du patient.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : il s'agit du groupe de travail sur les systèmes d'informations (GTI). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les pilotes sont choisis par le comité de direction (COD).
Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le prestataire informatique organise les formations.
La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La montée en charge de l'informatisation du dossier patient au niveau des différents services se fait de façon progressive. Un service test met en œuvre les nouvelles potentialités avant qu'elles ne soient généralisées. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus, un effort particulier a été porté sur les formations. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans toutes les unités de soins. Les unités de soins disposent des équipements informatiques nécessaires dans la salle de soins et en matériel portable pour les déplacements dans l'unité.

La procédure dossier du patient et les guides d'utilisation du dossier du patient pour les différentes catégories professionnelles sont accessibles dans les unités de soins sur la base documentaire informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour la mise en œuvre du dossier du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Chaque intervenant auprès du patient dispose de l'ensemble des informations nécessaires. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée pour tous les intervenants en temps utiles. Les délais de transmission des dossiers sont respectés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : indicateurs IPAQSS, tableaux de bord, EPP (tenue du dossier du patient, évaluation de la conformité du document de demandes d'examen de radiologie, Délai d'envoi du courrier de sortie, évaluation du dossier de rééducation). Le service qualité a structuré l'évaluation de l'ensemble du processus. Le secteur de rééducation et des soins infirmiers réalisent les évaluations de leur propres dossiers 2 fois par an.

Les fiches d'évènements indésirables sont aussi utilisées pour évaluer la qualité du dossier patient au fur et à mesure de la montée en charge de l'informatisation de ce dossier.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Il s'agit du programme d'actions 2013-2016 qui contient tous les éléments utiles au suivi des actions d'améliorations entreprises sur le dossier du patient.

Des supports et modalités de diffusion sont établis par le COD et le GTI.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers au moyen des supports institutionnels distribués mensuellement (Bulletin du COD, Qual info , affichage des résultats des IPAQSS), ainsi que lors de la réunion des instances (CME, COD).

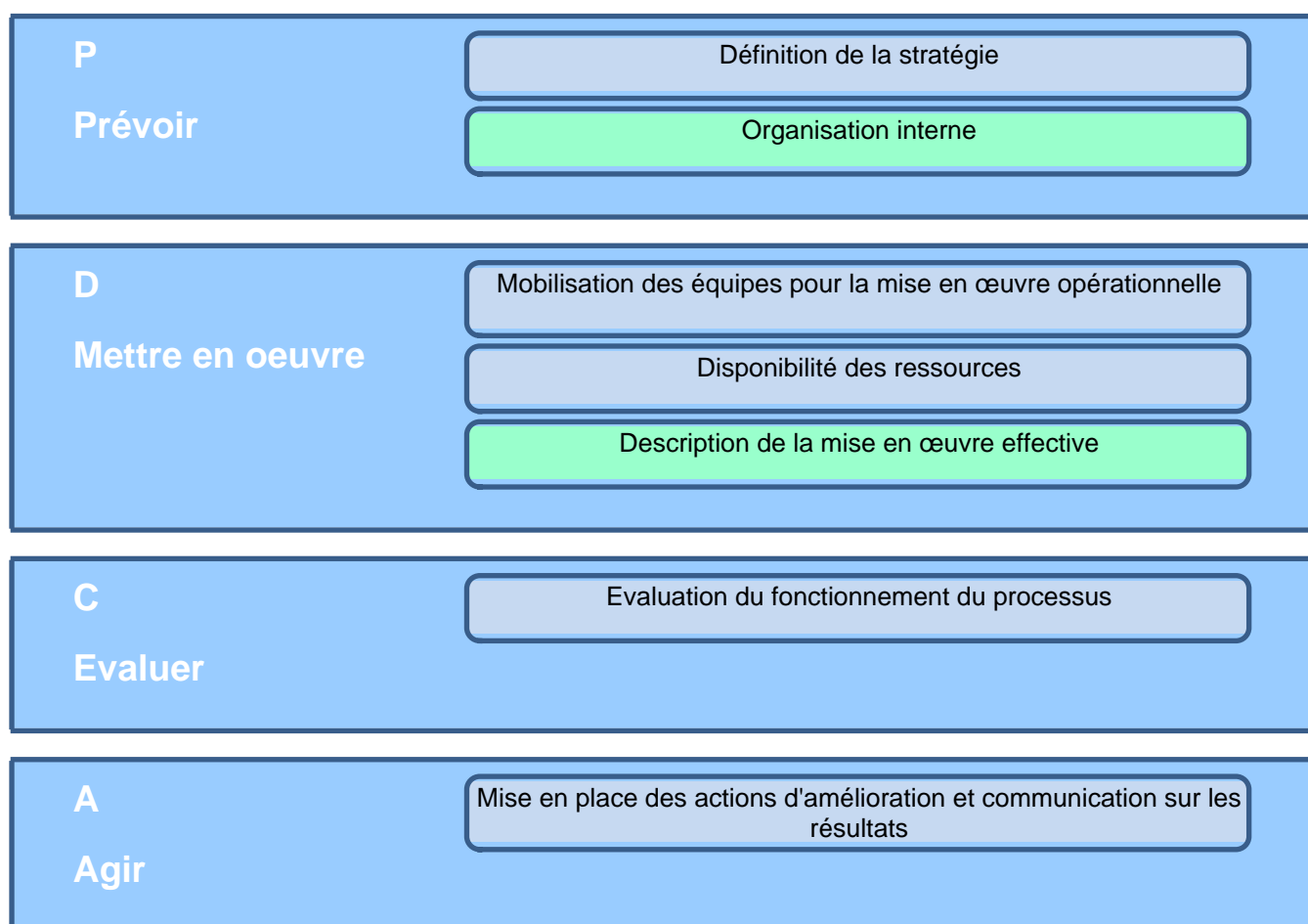
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a élaboré une stratégie et des objectifs relatifs au management de la prise en charge du médicament du patient sur la base des spécificités de la population accueillie (adulte, sujet âgé et adolescents de 16 à 18 ans) et de ses missions (prise en charge de rééducation réadaptation en hospitalisation à temps complet HTC et hôpital de jour HDJ sur deux sites Normandy1 et Normandy2). Il a procédé à l'analyse de ses risques au regard du recueil d'indicateurs, de la réalisation d'études et d'audits (IQSS, Hôpital Numérique, CBUM, MEDIEVAL, BAQIMEHP, audit spécifique antibiotique) et des fiches d'évènements indésirables (FEI). L'établissement a construit, à partir de ces données, son Compte Qualité (CQ) et priorisé deux risques (absence d'étude de risques sur la production des gaz médicaux, erreur d'administration des morphiniques).

La stratégie retenue a été validée par les instances concernées et déclinée dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS 2013-2018) dans son volet "Bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux 2012-2015" comprenant les dispositions spécifiques au sujet âgé. Le PAQSS fait état d'une part, des traitement des risques, des ressources et des modalités de mise en œuvre et d'autre part de l'articulation avec les différentes sources de données (CQ, CREX, EPP, CBUM, MEDIEVAL...).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'appuie sur l'action des différentes instances concernées (CME, comité directeur COD, CMDMS, QUAVIRIS, CREX médicament, commission des antibiotiques) afin de piloter le processus. Les pilotes sont identifiés (médecin Responsable du management qualité de la prise en charge médicamenteuse RMQPECM depuis 2012, Pharmacien, Responsable des services de soins infirmier RSSI du Normandy2, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins CGDRAS, Responsable amélioration de la qualité RAQ). Les rôles et responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu la prise en charge médicamenteuse selon les modalités suivantes: dotation journalière nominative individuelle pour tous les patients de l'HTC, une seule pharmacie à usage intérieur (PUI) sur le site du Normandy1, l'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse de la prescription à l'administration, l'approvisionnement journalier des différents secteurs y compris le site du Normandy2 comprenant l'organisation du transport et les dispositions particulières pour le week-end. Cette organisation s'appuie, de plus, sur le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés avec la mise en place en 2014 des CREX médicament planifiées en routine (antérieurement commission des EI).

Cependant, la continuité du traitement médicamenteux n'est pas organisée en toutes circonstances, de l'admission jusqu'à la sortie. L'organisation en place pour l'admission des patients dans le cadre de "l'école du dos" ne permet pas d'assurer la continuité du traitement médicamenteux à l'admission. Les patients sont admis le dimanche après midi (10 patients chaque trois semaines) et reçus par l'infirmière qui prend en note le traitement et le trace en transmission dans le dossier du patient. Ainsi, ils ne seront vus par le médecin que le lundi dans la matinée. Ils viennent avec leur traitement personnel qu'ils gardent et utilisent jusqu'à la visite avec le médecin. Il n'y a donc pas de prescription élaborée le dimanche par un médecin de l'établissement, la pharmacie n'est pas informée (fermée le dimanche), les infirmières ne valident pas l'administration du traitement habituel. Ce que confirme L'observation du patient traceur en hospitalisation complète pour la prise en charge de l'appareil locomoteur Normandy 1

D'autre part, les instances habilitées ont validé l'organisation de la prise en charge médicamenteuse selon deux modalités: patients autonomes et patients non autonomes ce qui a été confirmé par la rencontre du patient traceur cité ci dessus. Cette organisation ne permet pas de sécuriser le prise en charge médicamenteuse en toutes circonstances (validation de la distribution de piluliers).

Les ressources humaines sont adaptées aux objectifs, en compétences et en effectif: permanence d'au moins un pharmacien du lundi au vendredi toute la journée, 5 préparateurs en pharmacie (notamment chargés de l'élaboration des piluliers directement dans la PUI), professionnels dédiés au transport, médecins et infirmières sur tous les secteurs. Le plan de formation fait état des formations prévues et réalisées en rapport avec la prise en charge médicamenteuse.

L'établissement a élaboré et mis à disposition des professionnels la documentation nécessaire à la sécurisation du circuit de la prescription à l'administration en passant par la délivrance: Manuel qualité récent issu de la procédure générale de la prise en charge médicamenteuse, livret thérapeutique, relevé des médecins habilités, guides d'aide à la prescription y compris pour le sujet âgé et les médicaments à risque, guide d'aide à l'administration, protocoles et procédures concernant notamment les modalités de délivrance, d'approvisionnement et de transport.

L'établissement a procédé à une étude pour le réaménagement des locaux de la PUI tenant compte des modifications du processus lié à l'ouverture du site Normandy2. Le projet architectural est en cours de validation pour la mise en œuvre des travaux. Le plan d'investissement fait état des divers équipements mis à disposition pour la sécurisation du circuit (chariots et bacs de transport sécurisés, parc

informatique, chariots d'administration sécurisés, zones de stockage sécurisées, chariots et malles d'urgence...). La gestion des interfaces entre les différentes instances et des circuits (approvisionnement PUI, Normandy1, Normandy2, permanence pharmaceutique, gestion des risques...) est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels (réunions interservices pour l'encadrement et réunions de service pour les professionnels de terrain) et entre secteurs d'activité (PUI, secteurs de soins des deux sites, service qualité).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse reprend les objectifs et plans d'actions opérationnels déclinés par secteurs. Le médecin RMQPECM et le président de la CME s'assurent de la sensibilisation des médecins au processus et risques identifiés. Les Responsables des services de soins infirmiers, cadres de santé et/ou infirmiers référents mobilisent les équipes sur le bon usage des médicaments, les médicaments à risque, l'importance du signalement des erreurs médicamenteuses. Ils s'assurent de la conformité des pratiques au regard de plusieurs EPP relatives au circuit du médicament (réévaluation de l'antibiothérapie, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, évaluation de l'administration de la prescription conditionnelle d'antalgiques chez la personne âgée douloureuse, prescription de sortie) et de la tenue des CREX médicament. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels via Qualnet, le bulletin du COD, les notes de services ou lors des réunions de service. Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels et mises en œuvre sous l'impulsion des pilotes institutionnels et opérationnels (résultats courrier de sortie et prescription de sortie, réorganisation concernant les dysfonctionnements dans la gestion des morphiniques...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées aux besoins et missions de l'établissement. L'effectif permet, tant au niveau de la PUI que dans les secteurs de soins, d'assurer la permanence pharmaceutique, l'effectivité de l'analyse pharmaceutique (documentée) et de la validation de toutes les prescriptions, la dispensation journalière individuelle nominative DJIN, la validation de l'administration au pied du patient. Une grande partie des acteurs a été formée et sensibilisée aux risques d'erreurs médicamenteuses (formations CREX et erreurs médicamenteuses sous forme de sessions reconnues en DPC). Les internes en médecine sont formés. Des formations régulières sont effectuées concernant le dossier patient informatisé et lors de chaque nouvelle version du logiciel.

Le matériel (dont locaux et équipements) et la documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

La PUI fait l'objet d'un projet de rénovation dont les plans sont en cours de validation, afin d'optimiser l'espace pour la réception des commandes, la gestion des stocks, la préparation de la DJIN. Les matériels prévus pour le transport, la disposition des services de soins et les équipements permettent la sécurisation du circuit et du stockage des médicaments y compris la chaîne du froid (chariots et bacs de transport sécurisés, parc informatique sous deux formes unités fixes et mobiles, chariots d'administration sécurisés, zones de stockage sécurisées, chariots et malles d'urgence...).

La documentation relative à la prise en charge médicamenteuse est accessible à tout moment sur les postes informatiques via Qualnet. Tous les professionnels peuvent consulter les différentes procédures et protocoles actualisés (prescription des médicaments, validation et dispensation, gestion des traitements personnels, gestion des dotations des médicaments et dispositifs médicaux, administration des traitements per os et injectables hors stupéfiants, approvisionnement des services en dehors des horaires d'ouverture de la PUI, gestion des médicaments à risques, gestion des gaz médicaux...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient. Ainsi, la prescription selon des supports et des règles validés pour l'ensemble des prescripteurs sont le plus souvent respectés. Toutefois, les résultats IPAQSS mettent en avant des axes d'amélioration concernant les prescriptions de sortie (voie d'administration...). Les prescriptions sont informatisées mais certains médecins ne suivent pas les modalités d'utilisation du logiciel de prescription. En effet, selon les modalités de saisie de la prescription, l'édition de la prescription de sortie peut être incomplète. Le compte rendu de la dernière CME précise qu'une sensibilisation des prescripteurs a eu lieu et une EPP est en cours sur ce sujet.

En pratique, l'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients (les pharmaciens ont accès aux données nécessaires à celle-ci), l'organisation de la permanence pharmaceutique (délivrance pour besoin urgent, convention avec le groupement des cliniques de la Manche et de l'Orne), les règles de dispensation (ré étiquetage de molécules qui le nécessitent, utilisation de sachets identifiés et nominatifs pour les demi et quart de comprimés...), les règles d'administration (double vérification, identitévigilance...) et de traçabilité au pied du patient sont réalisés selon les règles établies par les instances et conformes à la réglementation. Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage (particulièrement pour les médicaments à risques) sont conformes aux procédures et protocoles

en vigueur dans l'établissement. Les professionnels contribuent à l'information du patient au bon usage du médicament (plaquette AVK...). Les événements indésirables relatifs au circuit du médicament font l'objet de signalement sur Qualnet.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs (PUI- Logistique - Services de soins - Service qualité) sont opérationnelles. Les instances institutionnelles se réunissent trois fois par an, les CREX sont tenus huit fois par an, les groupes EPP se réunissent selon l'état d'avancement des audits plusieurs fois par an. Les comptes rendus des réunions sont consultables sur Qualnet y compris les plans d'action.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus, au regard des indicateurs nationaux (IQSS, HN), CBUM, tableaux de bord de consommation, audits MEDIEVAL (dernier en 2015), indicateurs internes issus des EPP "évaluation du courrier de sortie et de la prescription de sortie"(réévaluation en juillet 2015), "prescription conditionnelle d'antalgiques chez la personne âgée douloureuse" (réévaluation en mai 2015)... Le suivi tient compte aussi des indicateurs issus de diverses évaluations réalisées en interne (fiches de traçabilité des chariots de transferts, des évaluations de conformité des piluliers en chambre en 2015...) et du suivi des fiches d'évènements indésirables. Les résultats des indicateurs internes et nationaux sont exploités pour identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS dans son volet "médicament". Il y est fait état de l'état d'avancement des actions. L'efficacité des actions est régulièrement évaluée au travers des EPP relatives au circuit du médicament. Des supports et modalités de diffusion sont établis (oral, informatique, messagerie, affichage). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (Qualnet, Qualinfo, bulletin du COD, plaquettes...) et des usagers (flyers "règles de bon usage du médicament", semaine de la sécurité des patients, livret d'accueil, plaquette AVK, plaquette prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé, chambre des erreurs ouvertes au public...).