



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE READAPATION
FONCTIONNELLE DE BEL AIR**

**Croix rouge française
37390 La Membrolle Sur Choisille
Avril 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION BEL AIR	
Adresse	Croix rouge francaise 37390 La Membrolle Sur Choisille
Département / région	INDRE-ET-LOIRE / CENTRE
Statut	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750721334	CROIX ROUGE FRANCAISE	98 rue didot 75694 Paris 14
Etablissement de santé	370000374	CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION BEL AIR	Croix rouge francaise 37390 La Membrolle Sur Choisille

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	99	18

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Coopérations avec le CMPR Bel-Air: Association Cheval et Handicap Association pour le Don d'Organes et de Tissus (ADOT) Association des Paralysés de France (APF) Association Vestiboutique Croix-Rouge Auto-école Bordeaux CARSAT Centre (services sociaux) Centre de réadaptation Bois-Gibert Centre de réadaptation Le Clos St-Victor Centre de réadaptation Le Courbat Centre Hospitalier du Chinonais Centre Hospitalier Louis Sevestre Centre Hospitalier de Luynes CHRU Amboise Château-Renault

CHRU de Tours
 Clinique de l'Alliance
 Clinique Velpeau
 Equipe mobile pour personnes cérébrolésées
 Esat APF Touraine
 Espace de réflexion éthique
 Groupement de Coopération Médico-Sociale UEROS Centre
 Groupement de Coopération Sanitaire TéléSanté Centre
 HAD 37
 HAD Val-de-Loire
 Intervalle
 IRFSS de Tours
 Laboratoire Arnaud Origet
 Pôle Santé Léonard de Vinci
 Professionnels libéraux et autres (un médecin urologue, 2
 kinésithérapeutes, une socio-esthéticienne)
 Réseau Neuro Centre
 Réseau de prévention des addictions (RESPADD)
 Réseau de soins palliatifs
 Réseau Ville Hôpital VIH 37
 SCM St-Grégoire (prestation d'imagerie médicale)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Autorisation d'ouverture UREOS en juin 2014

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

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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	hospitalisation complète	/	programmé	simple	SSR
2	Adulte	hospitalisation de jour	/	programmé		SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

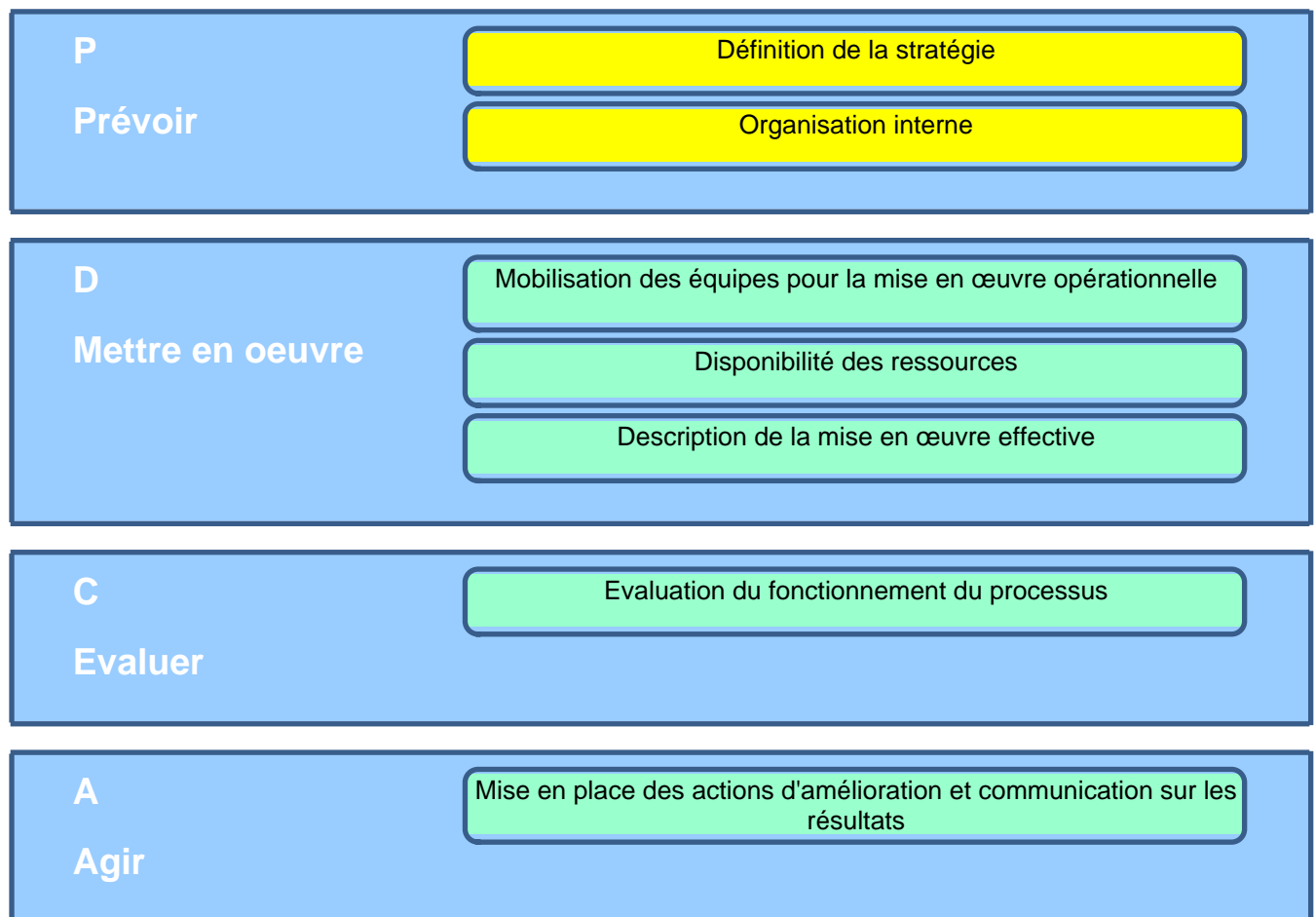
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de rééducation fonctionnel Bel Air dispose d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins formalisée et validée par les instances en mars 2014 qui définit les moyens mis en œuvre pour piloter et suivre cinq axes stratégiques en matière de qualité et trois axes stratégiques en matière de sécurité des soins. L'axe 5 de la démarche d'amélioration de la qualité issu du document Politique Qualité et Sécurité de 2014 est : Renforcer l'évaluation des Pratiques Professionnelles. La stratégie de déploiement retenue est l'engagement de l'établissement dans le DPC. Elle prend en compte l'analyse faite par les différents comités opérationnels existants notamment la CRUQPC et intègre les obligations légales et réglementaires. Certains risques identifiés par les groupes de travail ont été intégrés aux thématiques du Compte Qualité. Le plan d'action émanant du CQ alimente un PAQSS institutionnel avec pilotes et échéances.

Cependant, les risques ne sont pas définis selon une méthode définie. Les cartographies des risques sont basées sur le recueil des EI et sur l'autoévaluation réalisée. Cette méthodologie, non basée sur une méthode d'analyse des risques à priori, n'a pas permis d'identifier certains risques pourtant prioritaires comme les risques liés à la gestion du matériel biomédical, à l'état de santé des patients accueillis : patients âgés, patients trachéotomisés etc...

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel du processus Qualité-Gestion des risques est assuré par la Commission Qualité-Gestion des risques qui coordonne les démarches de certification en lien avec l'ensemble des commissions de l'établissement. Ses missions et son fonctionnement sont décrits dans un règlement intérieur. Le pilote opérationnel du processus est la chargée de mission qualité - gestion des risques qui est aussi responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ses missions, et activités sont définies dans une fiche de poste. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les formations nécessaires au développement d'une culture gestion des risques (programme DPC pluriannuel et charte d'incitation au signalement des événements indésirables : EI), les moyens matériels (nouveau logiciel de gestion documentaire) et documentaires (procédures organisationnelles et protocoles métiers mais aussi procédure de déclaration et de gestion des EI). Les interfaces sont coordonnées par le pilote opérationnel qui assure le lien entre le dispositif d'écoute patient, les responsables de vigilances, l'encadrement, et en externe plus spécifiquement le réseau hygiène de la région Centre. Toutefois, le rôle et les responsabilités en matière de gestion des risques associées aux soins ne sont pas définies. La fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est attribuée au cadre de santé qui assure l'intérim de la Direction des Soins, et qui ne dispose pas d'une formation spécifique à la gestion des risques. Ses missions et responsabilités et le temps dédié à cette fonction ne sont pas définis.

Par ailleurs, les responsabilités en matière de matériovigilance et de gestion du matériel biomédical ne sont ni formalisées ni connues. La gestion et l'organisation de la maintenance des différents DM et DMS est répartie entre la pharmacienne, la directrice des soins, le cadre de rééducation. Cette répartition ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée. Depuis leur mise en place récente, les professionnels de terrain s'adressent à leur responsable d'équipe en cas de défaillance d'un équipement biomédical. Les alertes descendantes arrivent sur un fax en service de soins et sont traitées selon leur niveau d'urgence par l'encadrement, sans répartition formalisée des responsabilités et conduites à tenir.

Depuis 2014, le CRF étant reconnu OGDPC, la démarche EPP a été organisée par la Direction au travers de la mise en place de formations.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En dehors de la matériovigilance, la pharmacovigilance et l'infectiovigilance sont organisées et suivies. Les vigilants sont identifiés, les procédures de veille sanitaire sont opérationnelles.

L'établissement n'est pas concerné par les autres vigilances; il n'assure pas de transfusion (transfert des patients si nécessaire). Des groupes de travail ont été mis en place pour réaliser les autoévaluations, les équipes d'auditeurs internes permettent de sensibiliser et d'impliquer les équipes soignantes dans l'analyse des risques préalable à l'élaboration du compte qualité. Les professionnels sont mobilisés dans la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par la participation aux nombreux programmes de DPC proposés, par le retour d'information sur leur signalement d'EI et plus récemment par leur participation aux CREX organisés suite aux erreurs médicamenteuses signalées.

Les représentants des usagers disposent des informations sur les projets en cours et ceux réalisés. Dans le cadre de la CRUQPC ils donnent un avis sur les actions prioritaires à intégrer au plan d'action qualité relatif aux droits des patients. L'analyse des fiches d'EI donne lieu à des actions correctives. Les professionnels disposent du retour d'information sur leur signalement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles au sein de l'établissement pour assurer le suivi et l'accompagnement de la démarche QGDR. Un logiciel de gestion documentaire est déployé et utilisé par les professionnels. Les fiches de déclaration d'EI sont disponibles dans tous les secteurs et une charte d'incitation à la déclaration a été diffusée pour promouvoir la démarche de signalement. Cependant, le système de mise à jour des documents n'est pas complètement opérationnel. Une nouvelle base documentaire informatisée est en cours de déploiement au moment de la visite. La majorité des documents métiers sont actualisés mais certaines procédures, en particulier celles concernant le secteur de rééducation sont antérieures à 2010. De plus de nombreux documents institutionnels ont des masques différents, et ne sont pas tous datés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de signalement et de traitement des événements indésirables est en place. Les professionnels soignants sont actifs dans le signalement des événements indésirables. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement conforme à la réglementation. Les représentants des usagers disposent des informations sur les projets en cours et réalisés. Dans le cadre de la CRUQPC ils donnent un avis sur les actions prioritaires à intégrer au plan d'action qualité relatif aux droits des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit 4 grands thèmes d'indicateurs : Indicateurs d'activité, qualité, hygiène et satisfaction des patients en lien avec la CRUQPC. Le recueil des indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins est réalisé. Le service QGDR réalise un bilan d'activité annuel. Des audits sont réalisés sur le respect des bonnes pratiques de soins : Suivi douleur, nutrition, risque d'escarres. Le choix d'indicateurs de suivi et la fixation de seuils est en cours de développement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées pour la plupart au programme d'actions institutionnel qui vient d'être revu récemment. Les résultats des 4 types d'indicateurs et des audits sont communiqués aux professionnels via un journal interne et aux usagers en CRUQPC. Cependant, l'établissement ne suit pas l'impact de ses démarches d'EPP. Les audits réalisés sur la prise en charge des patients sont analysés et donnent lieu à des actions d'amélioration.

Les audits douleur ont donné lieu à la définition de 3 échelles d'évaluation qui ont permis d'affiner l'évaluation de la douleur suivant les pathologies de patients accueillis et ainsi d'améliorer la traçabilité de celle-ci dans le dossier du patient, le paramétrage d'un formulaire spécifique a également été une des actions réalisées lors de l'installation du nouveau logiciel dossier patient.

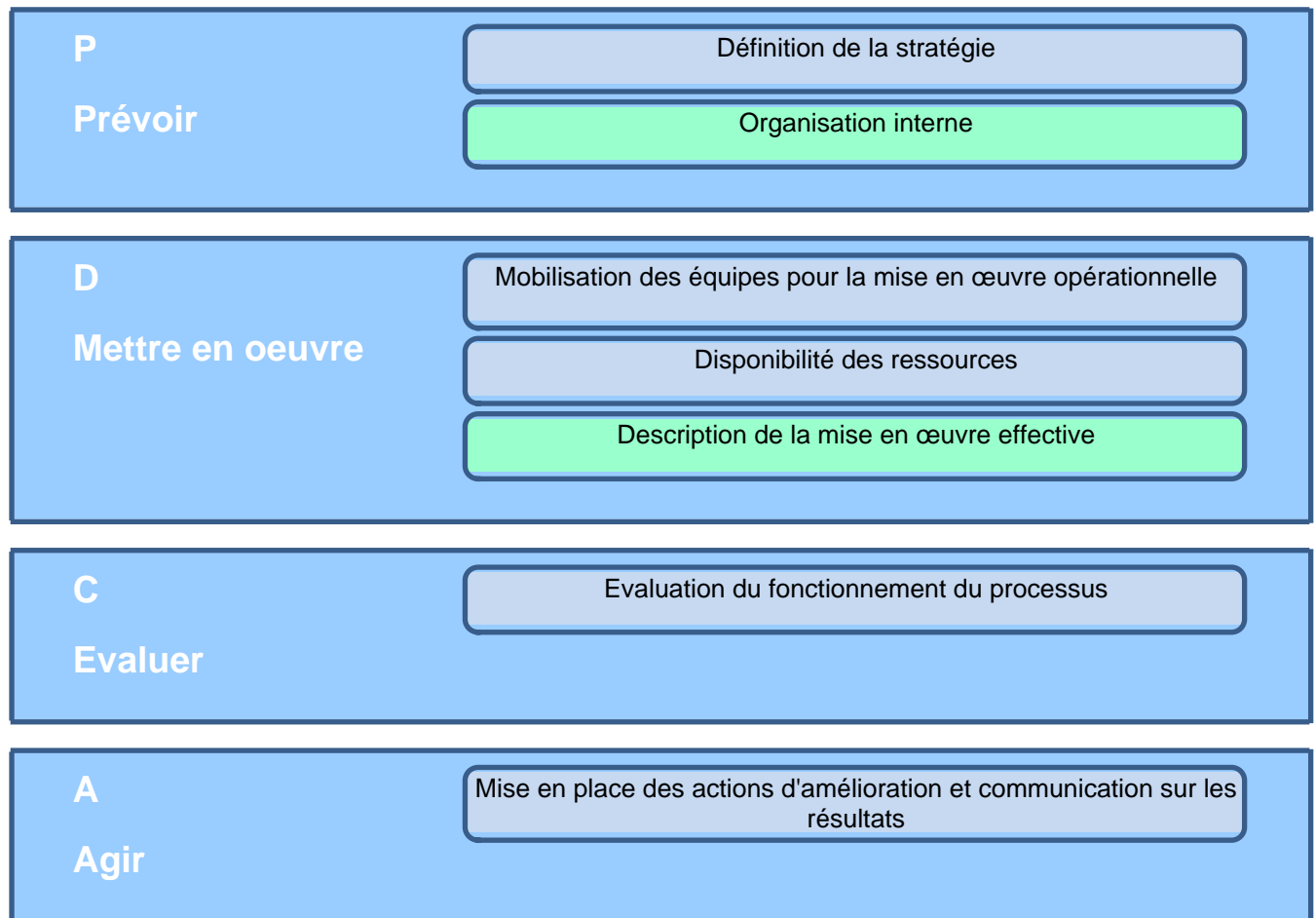
DROITS DES PATIENTS

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

La politique des droits des patients s'appuie sur une analyse des risques propres à l'établissement. Elle définit des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques qui sont intégrés dans un programme institutionnel avec ressources et modalités de suivi. Cette politique s'inscrit dans le projet d'établissement, dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. On la retrouve également dans le livret d'accueil des patients et dans celui délivré au personnel. Il existe un programme d'actions portant sur la prévention de la maltraitance, la gestion des mesures de restriction de liberté et la promotion de la culture qualité. Le comité d'éthique régional peut être sollicité par l'établissement pour apporter des informations ou pour appuyer les réflexions. L'établissement coopère avec les établissements de la région, il fait parti de réseaux : Comète, RHC, Réseau Neuro Centre, RESPADD, ELSA 37.... et est en relation avec de nombreuses associations dont : ADOT 37, APF, AFTC, AVC, AFSEP, cheval et Handicap.....

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage interne du processus Droits des Patients est défini et organisé, il en est de même de l'organisation de la communication vers l'ensemble des professionnels de l'établissement et vers les représentants des usagers dont un fait parti du groupe de pilotage. Des documents sont disponibles sur la gestion électronique documentaire de l'établissement (livret d'accueil, règlement intérieur, non divulgation de présence). L'organisation prévue permet le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients : les transmissions s'effectuent dans un lieu dédié ainsi que les réunions sur le projet individualisé de soins ; l'accès aux données de santé dans le dossier de soins informatisé est sécurisé par mot de passe et les dossiers papiers sont accessibles uniquement dans les armoires des salles de soins et au secrétariat médical. Des procédures concernant les droits des patients, la confidentialité, l'information du patient dans le cas d'un événement indésirable le concernant, le signalement en cas de maltraitance ... sont formalisées et à disposition des professionnels. Le Centre de Bel Air n'est pas concerné par l'hospitalisation sans consentement. L'architecture de l'établissement prévoit l'intégration des recommandations en termes de respect de l'intimité et de la dignité du patient.

Le recueil des Directives anticipées est organisé. L'établissement communique et informe les patients dès leur entrée sur la démarche pour le recueil des directives anticipées aux moyens du livret d'accueil et des réunions d'information sur les droits des patients. Le recueil des directives anticipées est réalisé à la demande du patient avec son médecin référent. Ces directives anticipées sont enregistrées par le médecin dans le dossier informatisé du patient dans un formulaire prévu à cet effet.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les effectifs en personnel, les compétences et qualifications sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation en vigueur. La confidentialité des informations relatives aux patients est respectée ; les transmissions s'effectuent dans un lieu dédié ainsi que les réunions sur le projet individualisé de soins. L'accès aux données de santé dans le dossier de soins informatisé est sécurisé par mot de passe. Le management (médecins et encadrement) met en œuvre, avec l'appui du service qualité, les actions d'amélioration compte tenu de leurs besoins et des résultats des analyses de risques. Le cadre de service s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues de manière structurée. Les professionnels sont associés à l'élaboration des procédures, à l'analyse des événements Indésirables, à la mise en œuvre des EPP. Ils se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Une autoévaluation à blanc a été réalisée en mai 2014 sur les droits du patients, les résultats ont été publiés au mois de juin de la même année. Suite à ces résultats des actions ont été mises en place par l'établissement : rideau chambre double, mise en place d'un document devoirs des patients, révision du règlement intérieur, diffusion de la loi contre la consommation de produits illicites par les patients, paramétrage du dossier patient pour inclure l'item sur l'information du patient lors de la modification de son projet... paramétrage pour inclure un encart consentement aux examens pour examens, activités, bracelet.... Par ailleurs, des audits ont été réalisés sur la personne de confiance, la personne à prévenir.

Ces actions sont suivies par le service Qualité de l'établissement et le cadre. Les responsables (médecins et cadre) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur le processus droits des patients. Les devoirs et droits des patients sont expliqués par le cadre, toutes ces actions sont une déclinaison de la démarche institutionnelle.

Des actions de sensibilisation ou de formation sont organisées et mises en place (restriction de liberté, information, droits et devoirs des patients, confidentialité, intimité, bientraitance, secret médical).... Un recueil du nombre de professionnels et patients ayant reçu l'information sur les droits des patients est en

place. En 2013 : 83 professionnels et 40 patients ont bénéficié de cette information et en 2014 : 9 professionnels et 4 patients y ont assisté.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents nécessaires et actualisés sont mis à disposition des professionnels (procédures, protocoles, guides...) sur le logiciel de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Les procédures sont actualisées, les formations réalisées sont régulières pour un maintien des compétences.

Les équipements et locaux sont suivis et font l'objet de maintenance. Les ressources en matériel : locaux et équipements d'aides techniques sont disponibles. Les patients dont l'état de santé le nécessite bénéficie de chambres adaptées à leur perte d'autonomie : (rails au plafond pour favoriser les transferts lit, fauteuil ...). Pour les chambres doubles, des rideaux sont prévus. L'accueil des patients mineurs venant au Centre est organisé : selon leur état de santé ils peuvent bénéficier de cours par des enseignants ou de chambres situées près des salles de soins des soignants pour une surveillance rapprochée.

Des actions de sensibilisation ou de formation sont réalisées, certaines sont prévues au plan de formation (restriction de liberté, information, droits et devoirs des patients, confidentialité, intimité, bienveillance, secret médical)....

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'expression des patients et de leurs proches est recherchée notamment dans la définition et la construction des projets individualisés de soins ou d'éducation thérapeutique. Les patients sont informés de leurs droits, de leur devoirs et des missions de la CRUQPC par l'intermédiaire du livret d'accueil remis à l'entrée de leur hospitalisation. La charte du patient est remise au patient avec le livret d'accueil à l'entrée du patient.

Les professionnels rencontrés dans les secteurs s'assurent du respect des droits du patient selon les consignes données.

La promotion de la bienveillance, l'identification et la prévention des risques de maltraitance sont pertinentes et opérationnelles. Les pratiques permettent le respect des libertés individuelles : la contention est réalisée uniquement sur prescription médicale en concertation avec l'équipe soignante, elle est réévaluée. Le personnel est sensibilisé aux risques de fugue pour les patients présentant des pathologies cérébrales (patients cérébrolésés). Une surveillance accrue de la part des professionnels est réalisée dans le centre qui possède un parc et un étang. Une attention particulière est portée au moment des toilettes et des soins dans les chambres à deux lits. L'expression des patients et de leurs proches est recherchée notamment dans la définition des projets individualisés de soins. Il existe un accueil personnalisé dans les situations qui le nécessite (patients présentant des troubles cognitifs, exceptionnellement patients en fin de vie, jeunes adultes). La confidentialité des informations est respectée tout au long de la prise en charge. Les permissions font l'objet d'une autorisation médicale.

Les personnels accèdent aux applications informatiques par l'intermédiaire d'un code personnel. En cas d'inactivité, la session ouverte se ferme automatiquement. Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est effectif. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les échanges enfants, professionnels, parents, sont recherchés. L'intervention des bénévoles est recherchée et institutionnalisée (10 bénévoles Croix rouge se relaient chaque jour de la semaine par équipe de deux pour soutenir l'animation, ils permettent aux personnes isolées d'y participer, ils peuvent également être présents le week-end). Cette équipe est coordonnée par l'animatrice du Centre. Les associations d'usagers (APF), (AFTC) représentent les usagers au sein de l'établissement.

Les professionnels peuvent faire appel à l'équipe de liaison en addictologie et à l'équipe d'appui en soins palliatifs en cas de nécessité.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.

La démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est définie, une procédure est mise en place, l'information des professionnels a été réalisé et un film diffusé.

Cependant, la traçabilité de l'information donnée au patient sur son état de santé n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Lors de la rencontre patient traceur il est relevé que les informations données au patient sur son état de santé ne sont pas systématiquement tracées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement organise l'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage. La satisfaction des patients sur ses droits, informations, confidentialité, écoute est évaluée à périodicité régulière et le taux de retour est très important. Par ailleurs, des audits internes ou externe IPAQSS viennent compléter cette évaluation du processus. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Des CREX peuvent être mises en place. Le suivi des évaluations est assuré par des indicateurs, des tableaux de bord, des bilans d'activité qui sont diffusés à la CRUQPC.

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

Les résultats d'indicateurs IPAQSS, les questionnaires de sortie, audits ainsi que les Fiches d'évènements indésirables sont également pris en compte dans des actions d'amélioration. Chaque action d'amélioration est mise en œuvre, sous la responsabilité d'un pilote, dans le cadre d'une échéance définie et avec des modalités de suivi. L'efficacité des actions est évaluée. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Elles sont également intégrées dans le compte qualité. La communication sur les droits des patients est faite, elle est reprise et développée par l'encadrement, présenté aux instances (CME, CRUQPC...), Elle fait l'objet de diffusion en interne et en externe.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

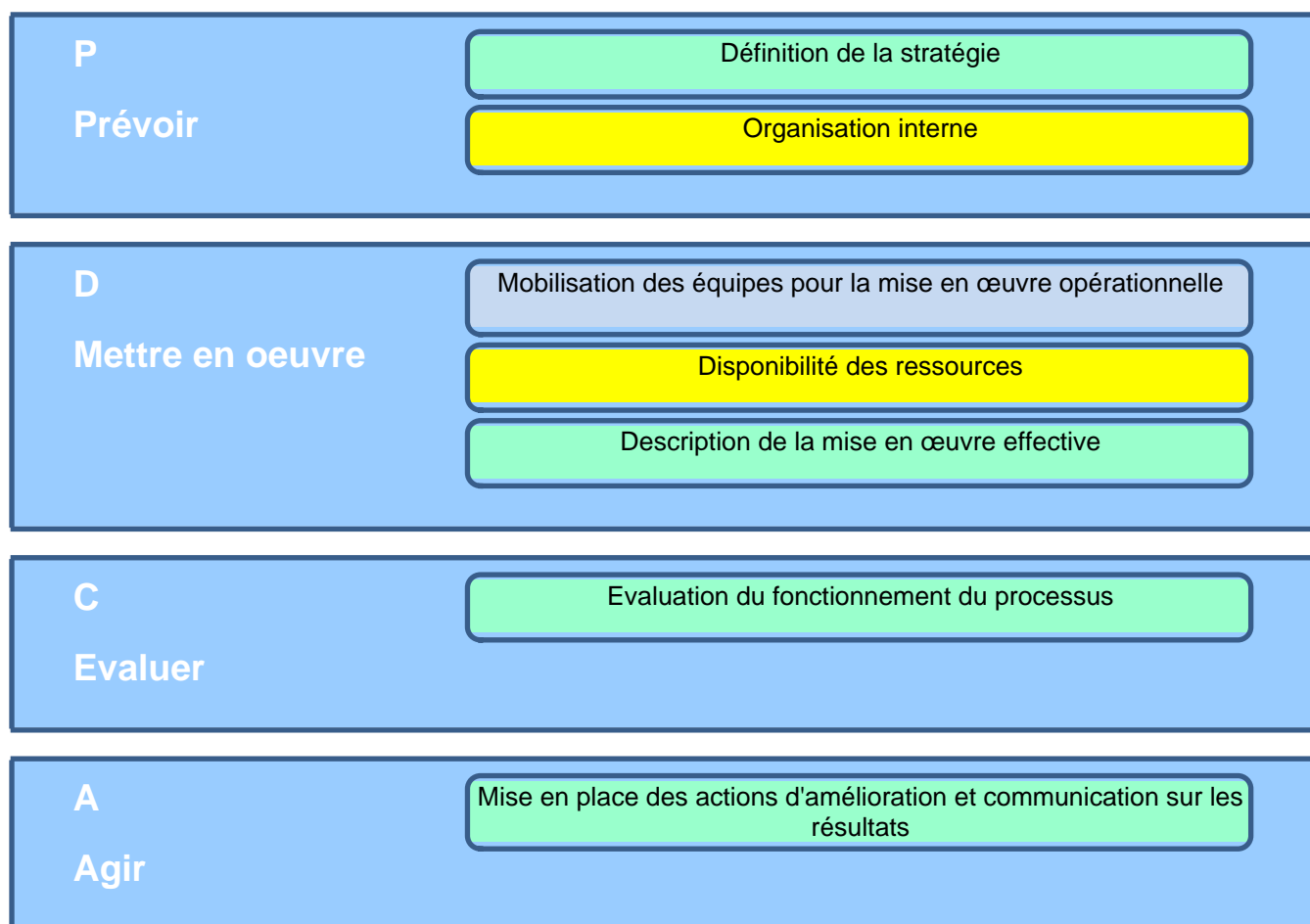
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique décrite est issue du projet médical donc validée par la CME. La politique repose sur les orientations du CPOM qui inscrit l'établissement dans une offre de soins régionale de MPR, au centre de trois filières de prise en charge : les accidents vasculaires cérébrales (AVC), les Traumatismes Crâniens, et les brûlés. Les orientations ONDAM 2015 prévoient le développement de la filière ambulatoire. Les deux axes principaux de cette politique sont retrouvés dans le projet médical qui prévoit le renforcement de la réinsertion et du suivi des patients par une anticipation de la préparation de la sortie et le renforcement de la qualité de la prise en charge par une harmonisation des pratiques et l'amélioration de la coordination amont et aval.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a attribué le pilotage opérationnel du processus parcours patient à un binôme : Directeur des Soins - Médecin Chef. Une fiche de mission décrivant leurs rôles et responsabilités en tant que pilotes de processus est validée. L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et des compétences aux besoins de prise en charge : Personnels de rééducation, Personnels soignants, diététicienne, psychologue, assistantes sociales, animatrice, éducateurs sportif, référent en éducation thérapeutique... Les plannings des différents personnels sont organisés et un système d'astreintes permet d'assurer la permanence médicale des soins 24h/24, ainsi que la disponibilité d'un kinésithérapeute les week-end si nécessaire. Les astreintes concernent uniquement les médecins. En ce qui concerne les IDE, les plannings organisent la continuité des soins 24h sur 24h pour l'hospitalisation complète.

Toutefois, les règles de présence ne permettent pas la continuité des soins durant tout le temps d'ouverture de l'hôpital de jour. Il n'y a pas d'IDE en hôpital de jour entre 16h30 et 17h00 trois jours par semaine. De plus, l'organisation en place prévoit que l'IDE se rende à la pharmacie pour préparer les médicaments des patients. Durant ce temps de préparation l'aide soignante est seule dans le secteur d'hospitalisation de jour avec les patients présents.

Le plan de formation prévoit des actions relatives à la gestion de l'urgence vitale, au risque suicidaire, mais aussi des formations diplômantes adaptées aux prises en charge réalisées : D.U. pour la prise en charge des brûlés, des scléroses en plaque, des AVC. Les besoins en matériel sont analysés et le matériel nécessaire à la prise en charge est prévu. Des moyens informatiques sont déployés pour la maintenance du matériel et pour la gestion documentaire. La gestion des interfaces a fait l'objet d'une mesure d'amélioration avec la mise en place sur un temps défini de responsables d'équipe dans les secteurs de soins et de rééducation, dans le but d'améliorer la coordination et la communication interne.

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein du territoire de santé n'est pas identifiée. L'établissement a constaté une augmentation du nombre de patients diabétiques accueillis dans l'établissement mais n'a pas organisé l'information de ceux-ci en vue de les orienter ou les inscrire dans un programme régional autorisé existant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle n'est pas déclinée formellement dans les différents secteurs mais les professionnels se sont appropriés les thèmes principaux d'amélioration, comme l'exhaustivité de la traçabilité sur le dossier patient informatisé, les bonnes pratiques en matière de prise en charge médicamenteuse, et plus spécifiquement sur le parcours de patient, l'anticipation de sa sortie. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le parcours patient lors des réunions mensuelles de service. La participation des équipes aux CREX hygiène et médicaments est favorisée. Les équipes soignantes sont mobilisées sur la révision des documents métier et sur la participation à un programme DPC annuellement. Les actions correctives sont mises en œuvre au niveau institutionnel par l'encadrement et les résultats sont suivis par des audits réalisés par le service Qualité Gestion Des Risques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels paramédicaux répondent majoritairement aux besoins et à l'activité. Les professionnels sont formés depuis 2014 sous forme de sessions DPC sur des thématiques identifiées comme prioritaires pour la prise en charge comme le P3i, la déglutition, la prévention du risque d'escarres, l'électrothérapie en rééducation... Des formations diplômantes type D.U. sont déployées pour améliorer l'expertise des professionnels dans certaines prises en charge : Brûlures, Pathologies neurovasculaires notamment. L'accès à la gestion documentaire informatisée est connu et utilisé par les professionnels qui accèdent facilement aux procédures métier.

Un chariot d'urgence sécurisé est présent sur les deux étages d'hospitalisation, la traçabilité de la vérification du matériel et des produits médicamenteux est effective.

Les locaux (chambres sécurisées et chambres adaptées aux personnes handicapées) sont présents et les matériels utiles à la rééducation et à la réadaptation des patients sont adaptés aux prises en charge.

Cependant, la formation continue AFGSU 2 n'est pas développée pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Les professionnels de rééducation et les médecins spécialistes MPR rencontrés n'ont pas eu de renouvellement de formation aux gestes d'urgences depuis leur formation initiale. Dans les plans de formation 2013, 2014 et 2015, seule la formation AFGSU des IDE est intégrée.

De plus, le matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence vitale n'est pas disponible dans tous les secteurs. Il n'existe pas de chariot / trousse d'urgence vitale sur le plateau technique de rééducation (joutant la piscine de balnéothérapie) situé au sous sol. Le chariot d'Urgence le plus proche situé dans le service d'hospitalisation est à l'étage au dessus, accessible par escalier et ascenseur (Risque de retard à la pris en charge non identifié).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins dès la pré-admission, puis à son entrée, y compris pour l'articulation des activités de rééducation et de réadaptation. Un projet personnalisé de soins (visite d'entrée), discuté avec le patient, intégrant la réflexion bénéfique risques est élaboré dans les quinze jours suivant l'admission et réajusté régulièrement avec le patient ou son entourage (ou un plan interdisciplinaire d'intervention individualisé P3i). La coordination de la prise en charge repose sur des réunions de synthèse pluri-professionnelles.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales a fait l'objet d'actions d'amélioration récentes permettant au jour de la visite la connaissance par les équipes soignantes et médicales des procédures d'alerte et de maintenance mensuelle des chariots d'urgence.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée et mise en œuvre grâce aux expertises présentes sur le site de l'établissement (équipe mobile et centre d'accueil de jour intervenant auprès des personnes cérébrolésées) et aux partenariats existants avec des structures médicosociales pour la prise en charge des addictions. L'identification du risque suicidaire est effective.

L'établissement s'est organisé pour rendre incontournable le dépistage et la traçabilité des troubles nutritionnels dès l'admission et au cours du séjour du patient. Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont en projet.

Les interfaces imagerie et biologie avec les services d'hospitalisation sont opérationnelles.

Le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient est en projet par le biais d'un programme d'éducation des patients à la prévention des chutes en cours de finalisation pour validation par l'ARS.

Le projet de sortie fait l'objet d'une anticipation dès la mise en œuvre du projet de soins personnalisé. La coordination des différents professionnels intra et extra hospitalier autour de la sortie du patient est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le recueil des IPAQSS SSR. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sur le parcours patient est organisé. Le suivi d'indicateurs qualitatif concerne la satisfaction des patient (accueil, qualité de la prise en charge en soins, rééducation et réadaptation, information et organisation de la sortie). Un audit de traçabilité sur la mesure du poids et sur l'évaluation du risque d'escarre a été réalisé.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été identifiées et intégrées au PAQSS institutionnel suite à la réalisation de patients traceurs. Le travail pluriprofessionnel réalisé sur l'anticipation de la préparation de la sortie a donné lieu à la validation d'une grille de critères requis pour valider la sortie du patient et à la révision de la procédure de sortie. Un programme d'éducation du patient à la prévention de chutes après un AVC est en cours de finalisation pour éligibilité à l'instauration d'un programme d'ETP reconnu par l'ARS.

La communication sur les actions réalisées est faite en interne par le journal interne et les réunions de service. Les projets en cours et réalisés sont exposés en CRUQPC.

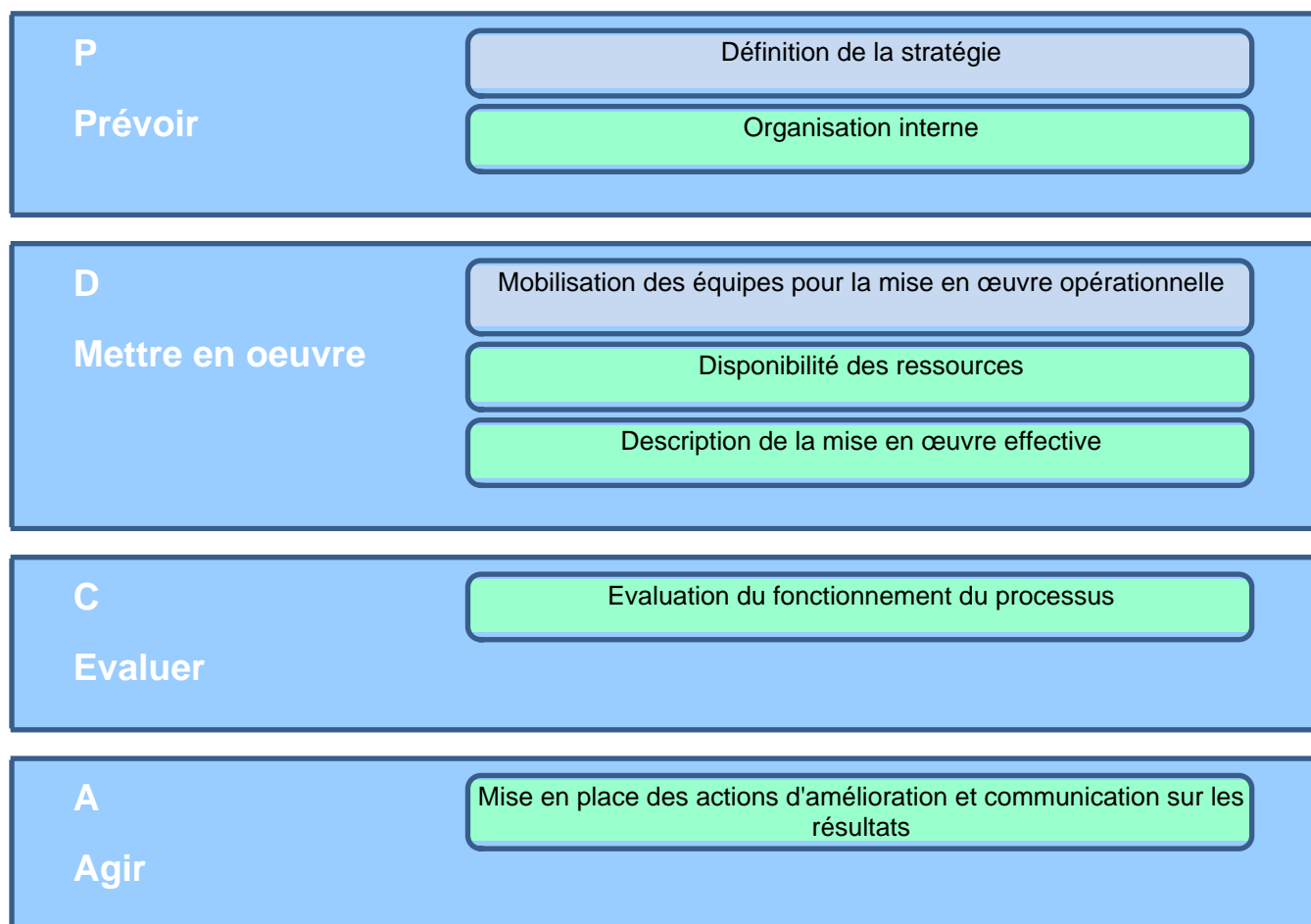
DOSSIER PATIENT

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

La politique de gestion du dossier patient est élaborée à partir de l'identification des besoins de l'établissement et de l'analyse des risques. En effet, le siège de la Croix Rouge Française s'est fait accompagné par un cabinet conseil afin de moderniser son Système d'Information Hospitalier (SIH) principalement en SSR (dont le Centre de Bel Air), afin de répondre aux attentes des professionnels et respecter la réglementation en vigueur. Une étude d'opportunité a été réalisée et présentée au Conseil d'Administration de la Croix Rouge. Des objectifs d'amélioration ont été définis et adaptés au contexte de l'établissement. Le Projet SIH a été présenté aux instances de la CRF et pour validation à la COMEX puis ce projet a été confié au COPIL pour gérer les aspects opérationnels et piloter l'organisation et au COPROJ (instance de gouvernance) qui à son tour pilote et coordonne les actions. Enfin, le projet SIH avec les objectifs a été présenté aux instances et aux commissions institutionnelles (CIM, CME. ..) du CMPR de Bel Air.

Un comité de pilotage a été créé au niveau du siège national avec des représentants des établissements dont un médecin du CMPR de Bel Air, un temps dédié lui a été attribué pour cette fonction. Ce médecin RIM (responsable de l'information médicale) préside le Collège de l'Information Médicale au sein de l'établissement, il est également pilote du processus Dossier Patient. Le plan d'action qualité et sécurité des soins institutionnel intègre les actions identifiées pour assurer la qualité de la tenue du dossier patient avec à chaque fois, un pilote, une échéance et un état d'avancement de leur mise en œuvre.

ORGANISATION INTERNE

Les responsabilités pour l'organisation de la gestion du dossier patient sont définies. Le médecin RIM (responsable Information médicale) est le pilote du groupe projet. Le groupe de pilotage de l'établissement comprend le médecin RIM, le directeur adjoint et une cadre de santé. Les rôles et les missions sont identifiés dans des fiches de mission pour le pilote.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources matérielles, financières nécessaires. L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels y compris intervenants extérieurs (spécialistes vacataires) sur les règles en place. Actuellement, sont en place dans l'établissement deux formes de dossiers : le dossier papier d'une part et le dossier informatisé d'autre part. Des consignes ont été données afin que l'ensemble des professionnels s'impliquent et tracent dans le dossier informatisé mis récemment en place (fin mai 2015) toutes les informations sur les prises en charge nécessaires à la continuité des soins. Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées. Par ailleurs, la direction de l'établissement a souhaité que les dossiers actifs soient pour la plupart scannés par le secrétariat médical afin que les informations papier antérieures soient intégrées dans le dossier informatisé. Ceci est en cours de déploiement. Il en est de même de tous les comptes rendus d'examens ou consultations.

Une organisation interne permet l'accès du patient à son dossier, selon une procédure est en place et le livret d'accueil l'informe sur ses droits d'accès.

Les règles de tenue du dossier patient sont en cours de mise à jour en lien avec le déploiement de l'informatisation du dossier patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins ainsi que de la mise en place récente du dossier patient informatisé, l'établissement par le biais du Médecin RIM et du groupe de pilotage organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les professionnels des services se sont appropriés ces objectifs et plans d'action grâce à des informations régulières délivrées par cette instance. Par ailleurs afin de faciliter l'accès au dossier patient antérieur à l'informatisation la direction a mis en place les ressources humaines et techniques pour la scannérisation des éléments qui sont réintégrés dans le dossier informatisé du patient. Le Médecin RIM et le groupe de pilotage s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de terrain.(réunions, staffs, formation). En cas de dysfonctionnements ou d'imprévu sur les phases "test", ce même groupe remonte les informations auprès du fournisseur de logiciel. En cas de baisse de résultats des indicateurs le service Qualité par le biais de sa responsable informe le médecin RIM, l'encadrement et des actions d'amélioration sont mises en place. Les résultats sont communiqués aux professionnels par la responsable Qualité qui informe auparavant le médecin RIM et l'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le logiciel nouvellement installé est opérationnel et on retrouve des postes informatiques dans chaque unité, dont un pour la procédure dégradée en cas de panne informatique. L'établissement a formé l'ensemble des professionnels en CDI ainsi que le personnel en CDD long à l'outil informatique afin de les mobiliser pour la mise en œuvre opérationnelle. Chaque professionnel bénéficie d'un code d'accès, le paramétrage a été établi en fonction des spécificités et limité par des droits d'accès. Le guide d'utilisation du logiciel pour les aides soignantes et les IDE est disponible dans tous les services, il décrit toutes les manipulations pour entrer les éléments constituant le dossier patient. Les guides pour les médecins et pour la kinésithérapie, sont en cours d'écriture et feront l'objet d'une validation par les instances prochainement. Les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes sont en phases test sur le logiciel du dossier patient informatisé. Leurs observations seront prises en compte pour finaliser le guide d'utilisation du logiciel informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les nouveaux patients bénéficient d'un dossier informatisé, les patients arrivés dans le Centre avant la mise en place du logiciel informatique ont une partie de dossier papier et, depuis la mise en place de l'outil informatique les observations médicales et celles des différents soignants : IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciennes, aides soignants, ainsi que celles des assistantes sociales, diététiciennes... sont intégralement tracées dans le dossier informatisé. Les résultats d'examens, ou/et les comptes rendus de consultations, d'hospitalisations sont scannés par le secrétariat médical et intégrés dans le dossier informatisé. Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient (carte d'identité, carte vitale).

L'établissement met en place une organisation permettant, à l'ensemble des intervenants, la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes (diagnostiques, thérapeutiques, administratives, sociales...) de la prise en charge du patient en temps utile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier du patient papier a été réalisée, notamment sur la base d'indicateurs IPAQSS. Des audits "Patient traceur " avec meilleures transmissions", "traçabilité des actes", "transmissions en temps utile" ont été également réalisés en novembre 2014. Par ailleurs, des audits ont été réalisés en mai 2014 sur la gestion de ce même dossier patient, l'accès du patient à son dossier, la sortie du patient sur la base d'une "certification à blanc". Au regard des résultats de certaines thématiques comme celle du dossier patient un plan d'action Qualité a été élaboré par le groupe en charge du dossier pour permettre de répondre aux exigences réglementaires et de la HAS. Les actions sur le dossier Patient ont été priorisées par l'établissement. Suite à ces audits, la direction a souhaité mettre en place rapidement l'informatisation de l'intégralité du dossier patient unique en mai 2015. La CRU est informée du nombre de demandes d'accès au dossier patient et des délais de communication : les indicateurs liés à l'accès au dossier (regroupés dans un tableau de bord) sont présentés et analysés lors des réunions de CRU.

A / AGIR

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

L'établissement a mis en place suite à l'analyse des risques, à la réglementation en vigueur un dossier informatisé intégral sur l'ensemble des services et pour tous les professionnels intervenant auprès des patients. Toutes les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQS. La communication des résultats et actions est réalisée en interne via la responsable Qualité en collaboration avec le médecin RIM et l'encadrement ainsi qu'avec le groupe pilotage dossier auprès des professionnels et des usagers. Des suivi de projets sont planifiés. La communication en externe est faite par la Direction de l'établissement au siège de la Croix Rouge principalement en ce qui concerne le déploiement et la mise en place du dossier patient informatisé ainsi qu'aux instances et aux autres établissements de santé de la Croix Rouge.

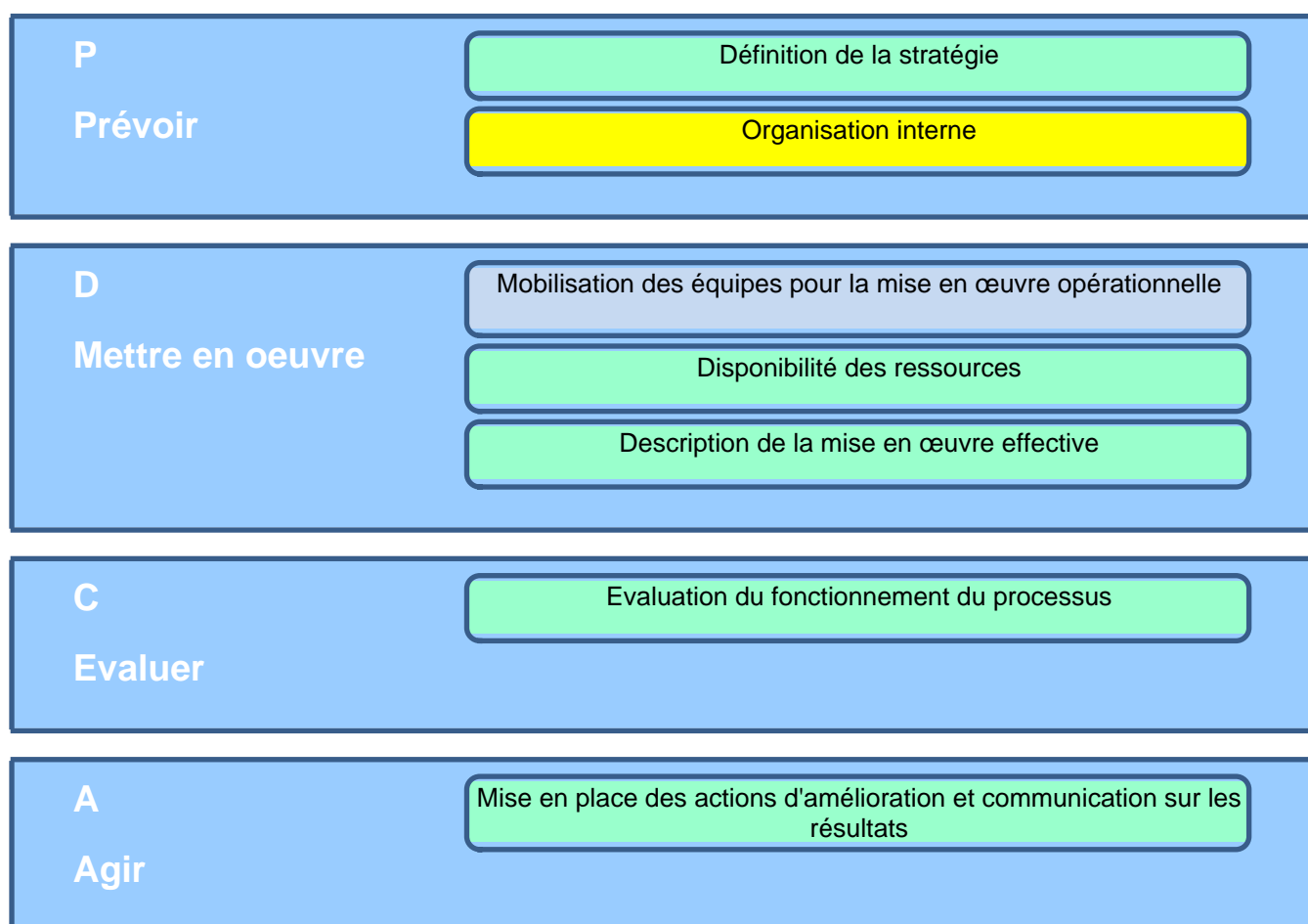
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle fait partie de la politique de Qualité globale de l'établissement. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Le document de la politique Qualité - Gestion des risques de mars 2014 définit les orientations stratégiques de l'établissement en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont la maîtrise et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est la priorité de l'établissement et fait partie intégrante du PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. La responsable qualité est nommée responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement par la Direction.

La CME de l'établissement, élabore la liste des produits de santé dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement, élabore les recommandations en matière de prescription, de bon usage et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, analyse et traite les dysfonctionnements constatés sur le circuit des produits de santé. La CME d'établissement conjointement avec la direction de l'établissement, valorise le partage du retour d'expérience dans le cadre du développement professionnel continu. Le président de la CME est impliqué dans l'organisation en charge de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, elle s'assure de sa mise en place et de la planification des actions d'amélioration identifiées.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation interne ou externe), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles : médicaments à risques, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

L'établissement a mis en place des recommandations pour les prescripteurs de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité évitable. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini et déployé sur l'ensemble des services depuis fin mai 2015. Le fonctionnement informatique intègre les impératifs légaux de la prescription avec blocage si un item réglementaire est manquant. Une procédure et des supports uniques de prescriptions papiers sont mis en place pour les stupéfiants. Les médicaments à risques sont identifiés par le biais du livret thérapeutique.

Toutefois, les modalités d'accès à la PUI en dehors des heures de présence de la pharmacienne ne sont pas conformes à la réglementation. Une procédure fixe les modalités d'accès à la PUI (exceptionnelle pour les médecins) en dehors des horaires d'ouverture. Des dotations sont prévues en cas d'urgence mais ne répondent pas toujours aux besoins des utilisateurs. Les médecins rencontrés reconnaissent que la fréquence de l'accès à la PUI n'est pas toujours en adéquation ou en relation avec les besoins réels ayant un caractère d'urgence. Le pharmacien ainsi que les médecins vus dans l'établissement prévoient une réflexion sur ce sujet soulevé pendant la visite.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le management de la prise en charge médicamenteuse organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. L'établissement favorise l'implication des équipes, par des informations régulières.

Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements identifiés au moyen des déclarations d'événements indésirables (EI) ou EI graves, des résultats de la certification ou des indicateurs. Elles sont identifiées par le responsable du Management de la gestion des risques médicamenteuse avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel de la PUI est formé selon les besoins et selon les activités. La documentation concernant le médicament (protocole, procédure ...) est accessible et actualisée, disponible à la PUI et dans les différents secteurs de l'établissement. Les professionnels prescripteurs ont à disposition le Vidal, le livret thérapeutique et d'antibiothérapie, le pharmacien et ses confrères médecins ont accès à la Banque Claude Bernard. Les chariots de médicaments contenant les piluliers sont fermés à clé. Les procédures et protocoles

concernant le traitement personnel à l'arrivée du patient dans le service sont définis. Des formations ont été dispensées au personnel soignant sur les risques d'erreurs médicamenteuses.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes unités mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative des médicaments sont engagés dans tous les services. Le traitement personnel est pris en compte dès l'admission. Les règles de gestion et rangement des médicaments et DM dans les services sont respectées. Les règles de prescription sont mises en œuvre conformément aux dispositions prévues, elles sont toutes réalisées à partir du logiciel informatique. Les règles de prescription des stupéfiants sont opérationnelles. Les professionnels disposent d'un support unique, prescription, réalisation de la préparation et administration.

Les interfaces entre secteurs (pharmacie - services) sont opérationnelles. L'administration des médicaments est tracée dans la plupart des cas, en temps réel dans les différents services. Pour répondre à cette exigence et préserver l'autonomie des patients sur l'administration des traitements, le CMPR de Bel Air a, après avoir analysé les risques, décidé et validé en CME que les médecins prescrivent l'autonomie des patients sur la fiche de traitement informatisé. Ainsi, lors de l'administration l'IDE, voit apparaître un pictogramme de couleur lui indiquant cette information ainsi le patient non autonome pour la gestion des médicaments reçoit ceux-ci de l'IDE et doit les prendre devant elle et la traçabilité est réalisée à l'administration sur le plan de soins. Pour les patients autonomes, elle remet le médicament avant que le patient parte en salle à manger et le trace dès qu'elle lui a remis. Le patient est informé sur le bon usage des médicaments.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre d'une partie du processus sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, EPP, DPC, CREX).

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.