



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE DES PORTES DE
L'EURE**

**1 Rue Bonaparte
27200 VERNON
JUN 2019**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DES PORTES DE L'EURE	
Adresse	1 rue bonaparte 27200 VERNON
Département / région	EURE / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	270027881	SAS CLINIQUE DES PORTES DE L'EURE	1 rue bonaparte 27200 VERNON
Etablissement de santé	270027279	CLINIQUE DES PORTES DE L'EURE	1 rue bonaparte 27200 VERNON

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	80	20

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de coopération avec le Nouvel Hôpital de Navarre
Regroupement / Fusion	NON
Arrêt et fermeture d'activité	NON
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NON

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 prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandation d'amélioration émise en raison de la participation partielle de l'établissement au recueil des indicateurs généralisés de la HAS.

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 n'est pas 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	Adolescent / jeune adulte	Réhabilitation psychosociale Hospi complète	Troubles psychotiques	Admission directe	Simple	Santé mentale
2	Adulte	Ambulatoire	Depression	Admission après hospitalisation en psychiatrie	Complexe, passage par la réhabilitation psychosoc	Santé mentale
3	Personne âgée	Géronto psychiatrie	Affections psychiatriques vieilles	Admission sur demande de correspondants	Complexe, séjours multiples	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

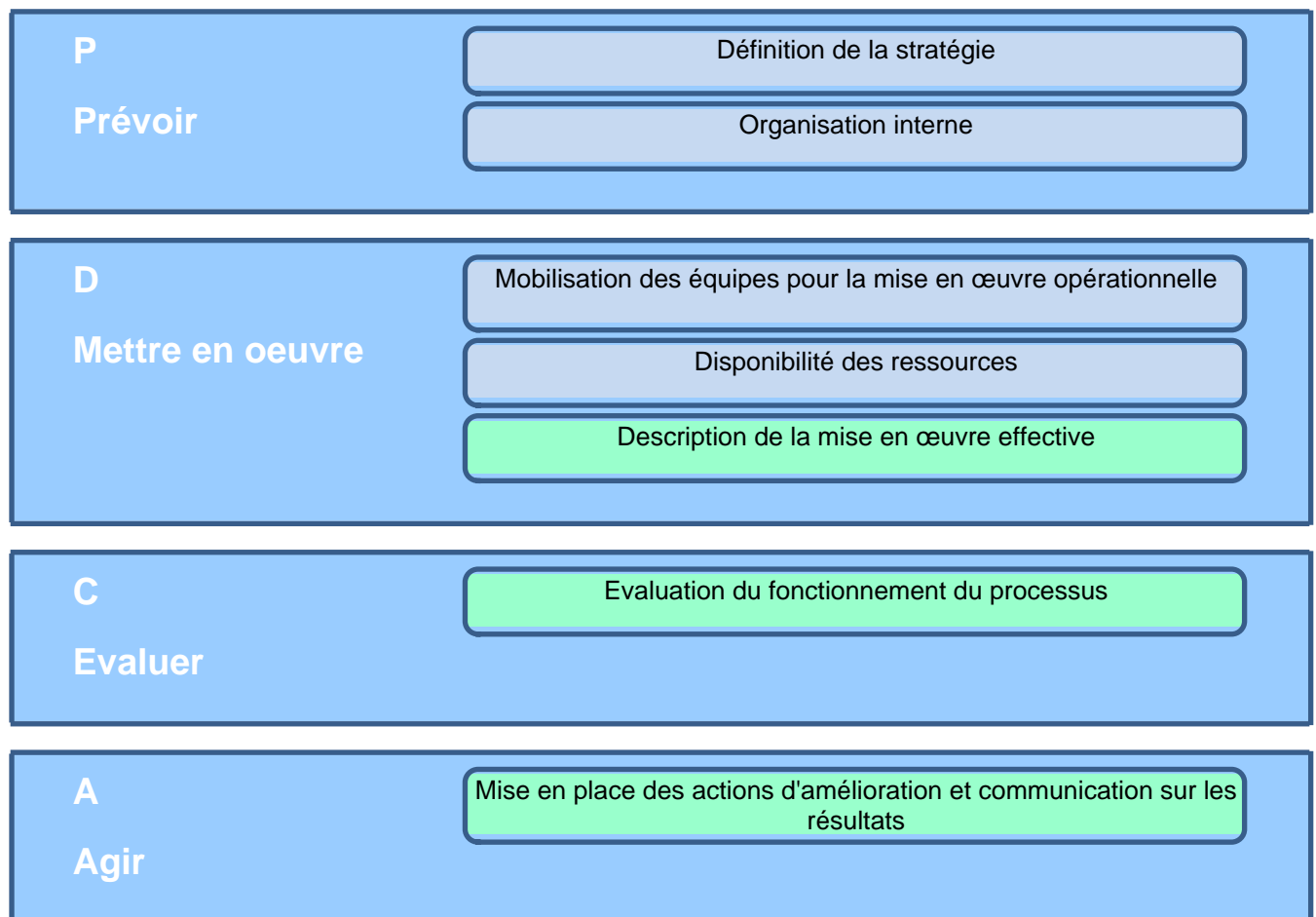
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

L'ES a élaboré une politique du processus MQGDR. Cette politique permet d'inscrire et de déployer les orientations de l'établissement de soins (ES). Les orientations stratégiques sont issues des orientations du Groupe auquel appartient la clinique (renforcement du pilotage, management par la qualité, coordination des professionnels et partage d'expérience), des orientations propres (stratégie pour sensibiliser et impliquer le tout un chacun à la politique QGDR) tenant compte des dispositifs externes (CPOM, CAQUES).

L'instance délibérante validant la politique est le COVIRISQ, avec une présentation en CME et à la CDU.

La politique révisée annuellement identifie les besoins au travers de l'étude des prérequis nationaux, régionaux et des attentes du groupe et personnel de l'ES (indicateurs enquêtes et audits internes, Rex, ReMed).

L'ES a étudié ces différentes sources et indicateurs de risques afin de compléter une cartographie des risques et de pouvoir prioriser ceux retenus dans le CQ pour ce processus (développement des procédures et appropriation par le personnel, culture qualité...).

La méthodologie retenue de hiérarchisation est la méthodologie de la HAS (F/G/M).

La cartographie des risques (organisée par processus) et les risques priorités permettent d'élaborer un plan d'action d'amélioration et de sécurisation des soins.

L'ES a nommé des pilotes pour chacun des processus avec des missions définies.

L'ES met en place une coordination de son système qualité au travers d'un organigramme des instances, en lien avec l'instance QGDR référente du groupe.

Le PAQSS est décliné sur les actions prioritaires retenus dans le compte qualité et, dans un second temps, les autres actions sont déclinées.

Ce programme est suivi sur un tableau de bord qui mentionne les pilotes, les échéances et est validé en CoviRisq. Le CoViRisq coordonne aussi les dispositifs de vigilance, veille sanitaire, et gestion globale de la qualité et des risques. La déclinaison terrain est en lien avec la cellule QGDR travaillant sur les EI et l'organisation des ReMed, REX, PT, Audits...

Les réflexions peuvent déboucher sur la mise en place de groupes de travail ou solliciter, via un lien institutionnel (Comité d'éthique...), un questionnement porteur de progrès.

L'ES récent de création (3 ans) a pour stratégie de sensibiliser et d'impliquer les professionnels de santé dans la démarche qualité (mise en place des pilotes, des référents de parcours, de référents PSI), mise en place de réunions à thématique QGDR, et recueil des risques pour compléter la cartographie des risques.

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le règlement de fonctionnement de la Conférence Médicale d'Établissement (CME) validé le 6 juillet 2016, par le président de la CME, énonce que la CME contribue à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles.

ORGANISATION INTERNE

L'ES a désigné un pilote et un co-pilote pour ce processus (le directeur et le responsable qualité). Les fiches de poste et missions sont élaborées et validées en CoViRisq. Il existe un coordonnateur des risques sanitaires (cadre de santé transversal). Nous retrouvons un plan de formations internes et des temps d'informations dédiés à la gestion des risques et aussi à la préparation de la V2014 (ces temps sont voués à développer une culture qualité). Il existe une formation des nouveaux arrivants, une formation des pilotes, une formation certification, en interne. Ces temps dédiés sont complétés de temps formalisés par les cadres avec les équipes (traçabilité de l'émargement). Les comptes rendus, procédures validées et autres documents propres à l'ES sont disponibles au travers d'une gestion documentaire informatisée (logiciel), et des copies papiers sont disponibles dans des classeurs thématiques de processus (classeur organisé en PDCA). Le responsable qualité et les pilotes sont responsables de l'abondement et de la mise à jour des documents présents dans les classeurs. Les représentants des usagers sont impliqués dans le process qualité suite à leur participation à la CDU, et le RaQ est identifié comme interlocuteur privilégié.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique QGDR est diffusée dans l'ES. L'ES se dote d'un coordonnateur des risques liés aux soins de terrain (cadre de santé). Les professionnels sont périodiquement et avec différents supports, informés de la mise en œuvre de la politique QGDR. Le plan d'actions est décliné sur le terrain avec la mise en place d'actions institutionnelles. Il est suivi avec la mise en place d'indicateurs de suivi terrain (indicateurs

nationaux, et quelques indicateurs institutionnels : tel le projet de soins individualisé). Les coordonnateurs de parcours de risques, associés au responsable qualité de l'ES, mettent en place des actions de sensibilisations régulières sur le MQGDR au travers de réunions tracées, au travers de nouveaux documents retrouvés dans la gestion documentaire (il existe un traceur de validation de lecture). Les évaluations sont rapportées par des échanges oraux concernant certains audits (DPI, bientraitance) ou par des affichages (satisfaction des usagers). La proximité des cadres de santé et la participation active des soignants à la réflexion, aux actions d'améliorations, sont garants d'une identification des actions correctives réalisées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels rencontrés mettent en avant leurs connaissances de la sémantique qualité gestion des risques. Des temps de formation ont été développés et réalisés et d'autres sont à venir. Nous rencontrons une dynamique porteuse d'intérêt lors des visites de terrain et d'implication à la préparation de la visite de certification. Les équipes rencontrées sont en mesure d'élaborer des diagnostics en lien avec leur risque a priori et a posteriori, ce qui témoigne de l'émergence de la culture qualité sécurité de soins au niveau de l'établissement. La disponibilité du responsable qualité et des cadres de proximité, mettent leurs compétences à la disposition des personnels. Il existe une mise à disposition des documents sur le logiciel GesDoc avec bonne appropriation de l'utilisation de l'outil et de sa destiné. Dans les documents accessibles sont retrouvées les FEI. La déclaration d'un EI crée une boucle entre le cadre de proximité, le responsable qualité et le pilote de processus impacté. Les réponses sont rapides. Si le cas est complexe la réponse est recherchée auprès de la cellule QGDR et au besoin en lien avec CQGDR du groupe. Le pilote du processus QGDR bénéficie d'une lecture, en directe, par le cadre de santé lorsqu'un soignant déclare un EI. Les résultats des enquêtes sont affichées (satisfaction des usagers), d'autres résultats d'enquêtes sont donnés oralement (cuisines, DPI) par le cadre. Il est mis à disposition des professionnels des PC portables dans les unités de soins et des portables mobiles. Les professionnels pilotes, responsable qualité, ont des bureaux dédiés, repérés de tous. La mise à jour des documents GesDoc est à la charge du responsable qualité. Certaines informations sont aussi disponibles dans le "petit journal des portes de l'Eure" associé à la fiche de paie. Des activités d'information et de rencontre thématique qualité GDR sont réalisées dans les unités avec le responsable qualité (feuille d'émargement en preuve).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au regard des organisations prévues, les professionnels connaissent et respectent les axes développés dans le MQGDR. Ils participent à des séances de travail d'actions d'analyse de risque (chambre des erreurs, patient traceur), à la déclaration des événements indésirables dont les erreurs médicamenteuses. Ils participent à l'élaboration d'actions d'amélioration suite à des analyses et recherches de causes des risques (une RMM, une Remed). Un planning affiché cible les attendus du Management QGDR (4 PT, REX, et autant de réunions des différentes commissions sur l'année civile). L'exploitation des plaintes et réclamations est réalisé par la responsable qualité, avec mise à disposition de deux professionnels de santé médiateurs, et le suivi de ces plaintes est réalisé à la CDU (4/ans). Une cellule QGDR se réunit tous les 15 jours. Elle reste principalement dédiée à la qualité GDR de proximité en lien du travail sur les EI. Les différents secteurs d'activités ont bien travaillé sur des EPP. Il est retrouvé un engagement des différents professionnels, en lien avec des actions de communication. Il est retrouvé une problématique d'appropriation de l'EPP mais les équipes doivent poursuivre la réflexion engagée. Il n'est pas retrouvé d'EPP en lien avec une pertinence des soins ni avec un indicateur de pratique clinique. Les EPP présentes, au jour de la visite, dans le tableau de bord sont des audits de processus. Pour poursuivre la dynamique d'évaluation, il manque une réflexion en équipe pluriprofessionnelle afin de dégager des actions d'améliorations qui permettront d'identifier des risques à suivre dans le compte qualité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il est retrouvé une évaluation périodique du processus MQGDR. Le PAQSS est complété au gré de ces évaluations et de la découverte de risques. Le suivi des actions mis en avant dans le PAQSS sont validées ou assorties de suivi d'actions complémentaires (suivi du nombre de procédures réalisées et suivi des procédures à mettre à jour). Le suivi du planning prévisionnel des instances et des outils d'évaluations est réalisé (audit, REX, PT). Le suivi des déclarations d'EI et le suivi des délais de réponses sont faits. La mise à jour de la base de la gestion documentaire est coordonnée par le responsable qualité. Un rapport d'activité est réalisé, comprend notamment, le suivi des tableaux de bord des indicateurs, le suivi des audits de satisfactions, le nombre de REX réalisées, le nombre de salariés formés à la QGDR, le nombre de procédures validées et diffusées. Le bilan d'activité est fait en CoViRisq. Il existe aussi un suivi du tableau des indicateurs de l'ES. Le suivi de l'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisé. Les usagers sont informés des résultats et ceux-ci sont communiqués en CDU (éléments validés sur le terrain, affichage, PT et rencontre du représentant des usagers). Cependant, l'établissement n'a pas satisfait à son obligation de recueil de ces indicateurs. Ce non-recueil découle d'un dysfonctionnement pour lequel plusieurs mesures ont été prises : mise en place d'une boîte mail générique, adresses email supplémentaires, et inscription dans le plan d'action de la saisie de l'indicateur ICSHA 3 en 2019. Pour

autant, les résultats de la consommation réelle en SHA, par rapport aux objectifs de l'indicateur, sont suivis et analysés lors de chaque réunion de l'Equipe opérationnelle d'hygiène. L'indicateur ICSHA 3 a été présenté à cette instance. L'objectif de la Clinique a été défini et expliqué aux membres de l'EOH. Il a été décidé que les résultats de la consommation de SHA seront présentés à chaque réunion de l'EOH et commentés par le pharmacien. Dès que la consommation de SHA est en baisse ou qu'elle est inférieure à l'objectif, des actions correctives sont mises en place. Le bilan de l'EOH, présenté et validé en instance, met en évidence ce suivi très régulier. Le tableau de bord de la Clinique recense cet indicateur avec un suivi chaque trimestre. De plus, des actions de sensibilisation à l'hygiène des mains ont été réalisées pour les patients et les collaborateurs.

A / AGIR

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

La première action est le réajustement du PAQSS au gré des réalisations et de la mise en place de nouvelles actions à organiser. Il reste à organiser le réexamen des premières actions d'améliorations mises en place pour déterminer au besoin les mesures complémentaires. L'ES prévoit de mettre en place un renforcement des connaissances sur les outils et sur le vocabulaire en lien avec la QGDR pour mieux développer la culture qualité et sécurité des soins dans l'ES. Les instances valident les différentes actions et les comptes rendus sont diffusés sur la base de gestion documentaire ou affichés selon les besoins.

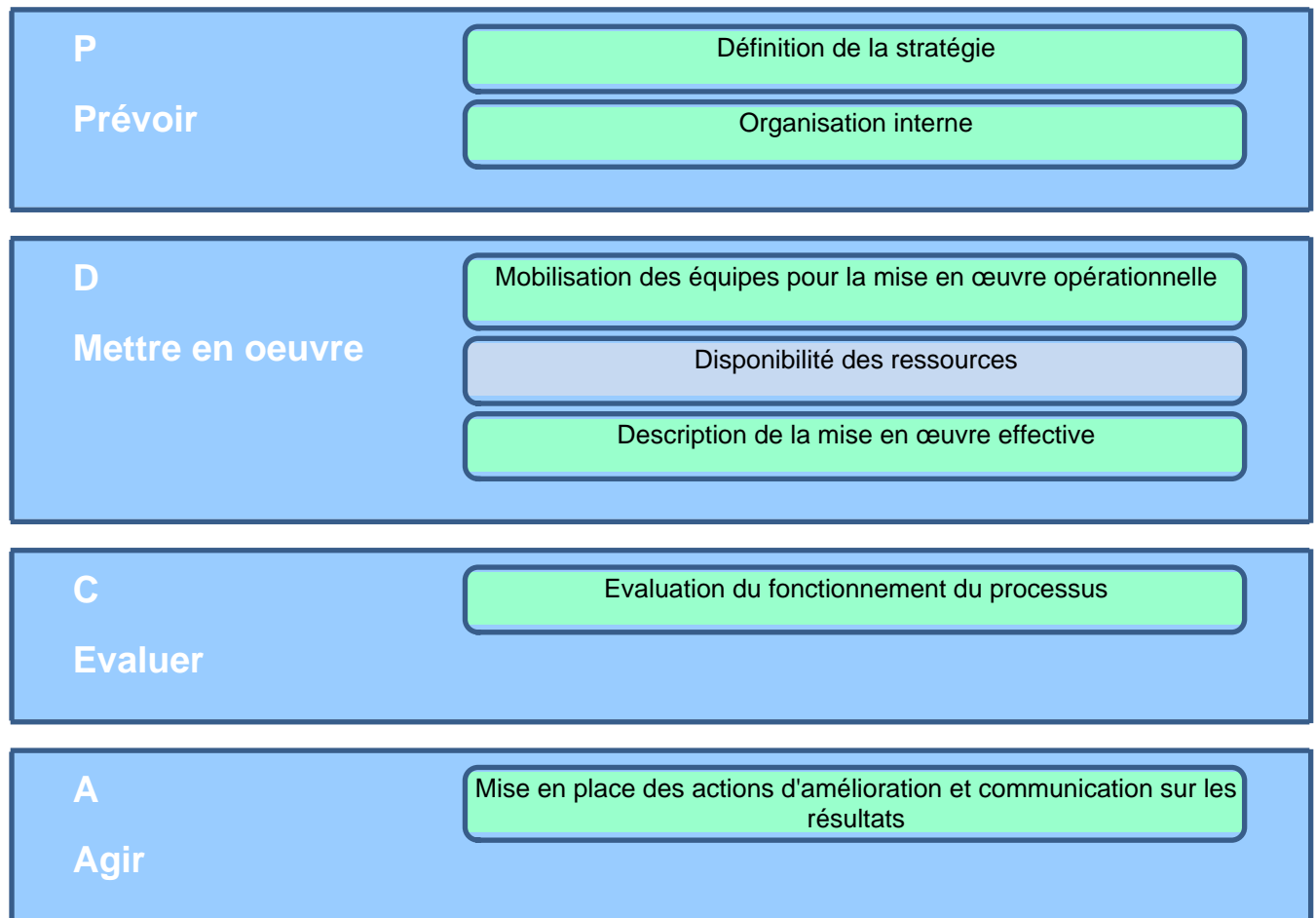
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'ES au regard des orientations stratégiques du groupe (absence de projet d'établissement propre, en cours de rédaction), valide les axes du groupe pour la thématique (respect du patient dans sa prise en charge, bientraitance, projet de soin individualisé). Il place le patient au cœur de son métier. Les axes sont repris dans l'élaboration de la politique de promotion de la bientraitance et des droits des patients. Cette politique définit les liens entre le groupe et la CDU de l'ES. La politique de droit des patients fait aussi appel à la commission d'éthique. Les indicateurs en lien avec les droits des patients sont répertoriés et suivis annuellement. Le tableau de bord comprend le nombre de réunions de la CDU, comité d'éthique, taux d'avancement du PAQSS, suivi du rapport d'activités en lien aussi avec le nombre de déclaration d'EI, taux de remise du livret d'accueil, retour et analyse des questionnaires de satisfaction de l'ES, de la cuisine, des activités thérapeutiques.

L'établissement de soins élabore des objectifs suite à l'analyse de ses indicateurs. Ces objectifs sont retrouvés dans le PAQSS.

La promotion de la bientraitance est retrouvée dans les prérogatives du groupe et inscrit dans la politique sur les droits des patients.

Le respect des libertés individuelles est intégré dans la politique de l'ES et traduit dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur.

Le projet médical identifie des situations pouvant amener à des situations de privation de liberté, telle une situation de perte d'autonomie en lien avec des troubles cognitifs (désorientation, amnésie). Le règlement intérieur stipule qu'une personne peut solliciter une permission 48 h, à l'avance, auprès du médecin référent (nécessite une autorisation médicale). Cette information est transcrite dans le DPI.

L'ES ne prend pas en soins des personnes sous la contrainte d'une hospitalisation (demande de tiers, préfectoral ou sur péril imminent). Au besoin, durant une prise en charge l'ES bénéficie d'une convention avec le service psychiatrique public.

ORGANISATION INTERNE

Il est mis en place un pilotage de cette thématique.

Les instances en charge du droit des patients sont la CDU et le comité d'éthique.

Un état des lieux des risques a été élaboré avec la CDU concernant les facteurs de bientraitance, de dignité et d'intimité des personnes, notamment avec l'utilisation des résultats de la chambre des erreurs.

Le PAQSS est mis en œuvre, avec l'application de mesures permettant le respect et la confidentialité des informations échangées concernant le patient (attention à l'accueil, mise en place de film opacifiant les fenêtres ...).

Les pilotes ont reçu une formation sur le droit des patients et d'autres formations ont eu lieu ou sont programmées dont l'accueil des usagers, la bientraitance.

La gestion documentaire via le logiciel est structurée. Son appropriation par les agents de terrain est vérifiée lors des échanges avec les équipes. De plus, sont disponibles, des classeurs de qualité gestion des risques dédiés aux processus, dont un pour le droit des patients. La mise en place est faite selon un ordre de type PDCA. Nous retrouvons les procédures (autorisation de production et reproduction de photo, recherche du consentement éclairée, fiches d'informations sur les directives anticipées, procédure d'annonce de dommages liés aux soins).

La recherche de partenariat spécifique avec les représentants des usagers met en avant une dynamique de transparence et de respect des droits des patients. Une implication des représentants des usagers est de mise dans les groupes de travail, confirmée lors de notre rencontre avec le représentant. Il est mis en place un espace spécifique de rencontre dans l'établissement entre les patients et les représentants des usagers.

Le respect des droits est représenté aussi par des liens pérennes créés avec les organismes communautaires. Ces liens permettent un accès aux droits communautaires et de développer des ressources propres aux usagers dans la collectivité.

Le pilote (soignant) élabore la politique et s'assure du suivi des indicateurs. Il participe à l'élaboration des procédures. Il n'est pas membre de la CDU ni du comité d'éthique. La fiche de poste des pilotes stipule que "les instances de la clinique ont en charge de travailler sur le processus qui les concernent, notamment d'identifier les besoins et les attentes du processus. Pour cela, il a été désigné un pilote pour chaque processus afin de diriger et suivre les avancements de ces travaux". Cette absence du pilote soignant dans les instances est un facteur de confusion sur la reconnaissance du pilotage par les acteurs de terrain ou interlocuteurs extérieurs. C'est ce qui a pu être constaté lors de la rencontre avec le représentant des usagers qui place le responsable qualité pilote et interlocuteur privilégié pour le droit des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilote met en oeuvre des temps avec les responsables (médecins, cadres de santé) afin de mettre en oeuvre les éléments des droits des patients. Il est informé des actions réalisées dans le cadre de la confidentialité et des droits des usagers. Les FEI sont renseignées afin de couvrir le plus possible les éléments déclaratifs en lien avec le droit des usagers.

Les équipes sont informées des protocoles par le travail des cadres et ils sont responsables de leur application sur le terrain. C'est le cas, par exemple, de la vigilance qui est portée au respect de la confidentialité lors des entretiens. Les résultats des indicateurs sont rapportés aux équipes soit par affichage (enquête de satisfaction) soit en direct lors des réunions en lien avec le responsable qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés à l'accueil du patient : "accueillir c'est déjà prendre soins".

Il est retrouvé un temps d'information en mars 2018 sur la bienveillance et le droit des patients. Les professionnels connaissent l'organisation de la permanence des représentants des usagers le samedi. Ils ont accès aux comptes rendus de la CDU et autres commissions.

Les professionnels sont sensibilisés suite à la mise en place de filtre opacifiant sur les fenêtres, sur le respect de la confidentialité. Ils mettent en avant des attentions particulières lors des entretiens en chambre doubles (solliciter la sortie du second patient), lors de la réalisation de séances en rez de jardin...

Ces améliorations de pratiques sont réalisées après l'identification d'un risque, par un travail en groupe de réflexion. Il est retrouvé une traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le DPI. Les outils de mesure sont protocolisés (EVA, Doloplus), les usagers évoque lors des patients traceurs la connaissance des outils de mesure (échelle analogique). Le livret d'accueil et le règlement intérieur sont portés à la connaissance des usagers et de leur entourage.

Les accès à l'établissement, aux étages et aux salles sont réalisés en tenant compte de possibles notions de handicap. Les escaliers sont fermés par accès codé.

Les chambres sont accessibles par un badge personnel de l'utilisateur.

Lors de son accueil le patient est associé au médecin pour valider son acceptation aux soins avec traçabilité écrite dans le dossier du patient.

Les demandes de permissions sont sollicitées en avance selon le règlement intérieur.

Le consentement aux soins est recherché par les soignants.

Les affichages sont présents en différents lieux stratégiques (charte des personnes handicapées, droits des patients, règlement intérieur). Les professionnels peuvent avoir connaissance des documents, protocoles, avec les outils de gestion documentaire (logiciel et classeur). Ils sont informés aussi par les cadres et les pilotes des modifications de protocoles ou la création de nouveaux protocoles.

Il existe trois chambres doubles par étage. Suite à un repérage de risques, l'ES a pu mettre en avant des actions d'amélioration sur la confidentialité et l'intimité. Les chambres à deux lits ont fait l'objet d'une réflexion sur leur pratique de soins. Il en ressort des attentions spécifiques pour préserver la confidentialité : solliciter la sortie du patient pair lors d'un soins, et, selon l'impossibilité, il y a la possibilité de recourir à un paravent. Il existe donc un paravent par étage, disponible, pour les trois chambres. Ce dernier est en stock dans une pièce proche du poste infirmier. Il existe sur cette situation une continuité de projet afin de permettre au patient, en chambre double, de pouvoir bénéficier, de façon constante, d'aménagement pour lui permettre de s'isoler du pair de sa chambre.

Les conditions d'hébergement respecte la dignité et l'intimité des patients. En cas de besoin, en HDJ, le poste de soin peut être utilisé puisqu'il est organisé pour respecter l'intimité et la dignité de la personne accompagnée (film opacifiant, store aux fenêtres, accès limité).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les représentants des usagers, les professionnels de soins et les usagers rencontrés connaissent le livret d'accueil et le règlement intérieur.

Les mesures prises pour le respect de la confidentialité sont observables sur le terrain.

Les fiches de recherche du consentement sont retrouvées dans les dossiers patients, signées par l'utilisateur mais non systématiquement par le médecin.

Le projet de soins individualisé est travaillé de façon régulière lors de synthèse durant le séjour, avec évaluation et élaboration de suites de soins. Le projet est informé et validé avec l'utilisateur.

La possibilité de formuler des directives anticipées est mentionnée dans le livret d'accueil. Un protocole sur les dommages liés au soins est disponible.

La CDU se réunit 4 fois par an. Les EI y sont présentés ainsi qu'au besoin les plaintes et réclamations et autres demandes de dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pilote et les instances de ce processus du droit des patients suivent des indicateurs tels : nombre de FEI, demandes de dossiers, plaintes et réclamations, fugues.

Le nombre de réunion de la CDU est de 4/an (conforme au prévisionnel).

Différentes enquêtes de satisfaction sont réalisées en interne (satisfaction sur le service de cuisine, satisfaction des activités thérapeutiques en HDJ, et questionnaire de satisfaction lors de la sortie de la personne).

Ces éléments sont croisés avec les déclarations des EI et autres réclamations orales pour s'assurer des bonnes pratiques en matière de respect des libertés et de l'intimité des personnes.

Le pilote au regard de son PAQSS dédié à son processus peut valider les améliorations et encourager le renforcement des attitudes en lien avec le respect de la confidentialité et de l'intimité.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont déjà mises en place : on peut noter l'opacification des salles, la possibilité d'identifier par photo les personnes vulnérables d'un point de vue cognitif sur prescription médicale validée avec l'utilisateur et son entourage.

Le maintien des formations sur la bienveillance et aussi sur l'accueil.

Est à venir la programmation d'une formation sur les directives anticipées.

Ces éléments sont retrouvés dans le PAQSS sur les droits des patients.

Les soignants sont informés des résultats des évaluations par leur cadre mais aussi par affichage.

Des actions sont ciblées suites aux dernières évaluations de satisfaction des usagers : une réflexion a été engagée sur le renforcement de la recherche du consentement éclairé du patient à ses soins.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

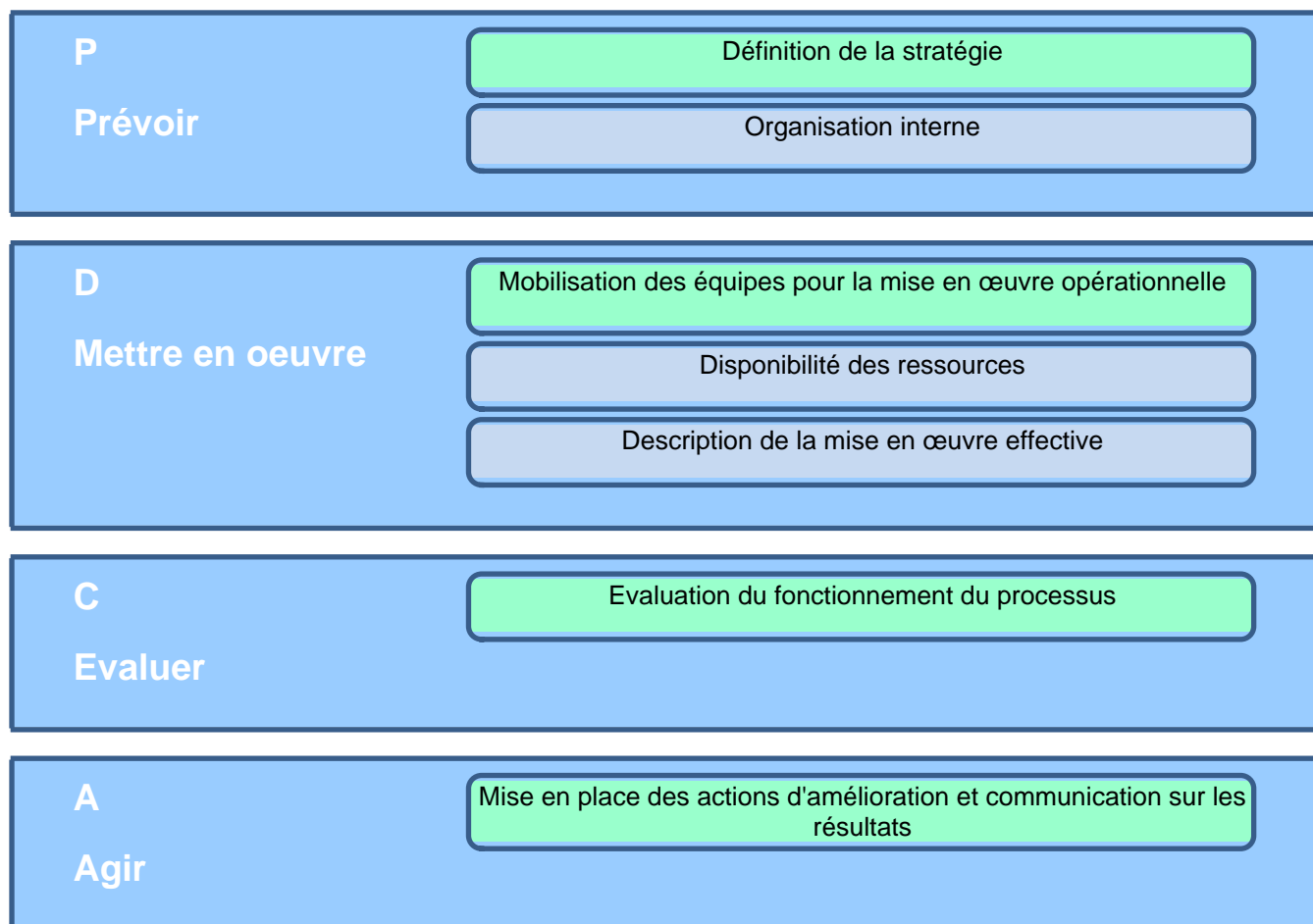
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Suite à un appel d'offres de l'ARS Normandie, le groupe SINOUE a obtenu une autorisation d'ouverture de 60 lits de réhabilitation psychosociale, de 20 lits de géronto-psychiatrie et de 20 places d'hôpital de jour de réhabilitation.

La clinique des portes de l'Eure a démarré son activité en octobre 2015 sur la ville de VERNON sur quatre secteurs d'activité : une unité de géronto-psychiatrie, deux unités d'hôpital conventionnel de réhabilitation et une unité d'hôpital de jour.

La clinique accueille des adultes et des mineurs à partir de 15 ans et 3 mois.

Le projet stratégique de la clinique s'inscrit dans le PRS et vise l'efficacité des parcours de soins pour une population d'adultes jeunes dont la maladie psychiatrique n'est pas encore entrée dans une phase "chronique".

Les objectifs de la stratégie concernent différentes mesures ; le renforcement des filières, la promotion d'innovation en santé mentale, l'engagement de la clinique dans la politique de santé publique et l'intégration des activités dans le territoire.

L'établissement a réalisé une cartographie des risques sur les étapes du parcours patient, par secteur de prise en charge.

Cette démarche a impliqué les professionnels de terrain.

La réglementation, les orientations du projet médical et des indicateurs internes en particulier ont servi de base à l'analyse.

La hiérarchisation des risques, cotés selon la méthode HAS, a donné lieu à une priorisation dans le CQ.

Le CQ est intégré dans le PAQSS du processus parcours du patient et au PAQSS de l'établissement comportant les modalités de suivi.

Le PAQSS est suivi en instances : CME, COPILQGDR.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié une organisation pour piloter le processus parcours du patient.

Deux médecins psychiatres ont été désignés comme pilotes et deux coordonnateurs des soins comme copilotes, dont un occupe aussi une fonction transversale de coordonnateur de parcours.

Ce groupe de professionnels assurent le suivi du processus parcours du patient en coordination avec la responsable qualité et la CME.

Au regard de ses besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, documentaires et matérielles nécessaires.

La clinique recrute des professionnels du secteur médico-social, social, medico-technique en cohérence avec les enjeux de la prise en charge et des activités thérapeutiques proposées aux patients.

Au niveau soignant et médical, la clinique a recours aux emplois en CDD pour pallier les absences programmées.

Le plan de formation prend en compte les besoins des professionnels au regard des spécificités par exemple et des obligations réglementaires des professionnels.

Une procédure et un livret d'accueil du nouveau arrivant ont été formalisés.

La gestion documentaire est organisée sous format informatique et met à disposition des équipes (du soin, des admissions etc.), des documents de bonnes pratiques et des supports d'information pour les patients.

Au niveau équipement, l'organisation prend en compte les besoins des ateliers thérapeutiques après validation par la CME.

Au jour de la visite, les locaux datant de fin 2015 sont neufs et offrent aux professionnels et aux patients des conditions de prise en charge reconnues conformes aux besoins.

Le SI accompagne la structuration de la prise en charge en terme de logiciels informatiques du dossier patient, de gestion documentaires, de communication.

Les circuits du linge, des repas, des déchets et des approvisionnements logistiques s'inscrivent dans une organisation propre à l'établissement.

Les interfaces avec la PUI, le laboratoire et la radiologie sont organisées.

Il existe une coordination entre l'EOH et les unités de soins.

L'accès aux conseils en infectiologie est organisé avec le groupe SINOUE.

Le service qualité assure la coordination du processus parcours du patient avec les pilotes de tous les autres processus et les instances.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes du CH sont mobilisées par le management interne compte tenu des risques et des enjeux de chaque secteur comme en témoignent les professionnels des unités de soins rencontrés.

Les professionnels participent aux actions du programme de façon transversale comme c'est le cas par exemple pour le projet de soins individualisé ou le travail sur le compte rendu d'hospitalisation.

Les professionnels déclarent des événements indésirables : 9 EI sur le premier trimestre 2018 et 40 sur le second ont été enregistrés. Les professionnels sont associés à l'analyse des EI par la mise en place d'un CREX. Il y a en moyenne un CREX par trimestre.

Les professionnels ont été impliqués depuis 2018 dans la réalisation de trois patients traceurs.

Les équipes de nuit renseignent de façon trimestrielle une grille d'audit de dossier comportant des items sur la prise en charge du patient, comme la prise en charge des risques propres au patient (suicide, douleur...) ou les antécédents somatiques et psychiatrique, les activités thérapeutiques des soignants etc ...

Des résultats d'actions sont communiqués aux professionnels en particulier ceux issus des audits de dossiers et des patients traceurs. La diffusion des résultats est effective et à pérenniser au regard de l'ouverture encore récente de l'établissement, afin de continuer la dynamique de culture qualité mis en œuvre par l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matérielles et documentation sont disponibles.

L'organisation interne permet l'adéquation des compétences aux besoins de la prise en charge.

Des professionnels ; neuropsychologue, psychologues, ergothérapeutes, diététicien, psychomotricien, travailleurs sociaux, art-thérapeute, éducateur sportif, kinésithérapeutes participent à la prise en charge dans leur domaine de compétences.

Ces professionnels disposent, le cas échéant, de locaux dédiés ou partagés pour mettre en œuvre les différents ateliers thérapeutiques proposés aux patients dans le champ des remédiations simulations et thérapies cognitives, des entraînements aux habilités sociales, des médiations thérapeutiques de groupe ou individuelles...

La permanence des soins en psychiatrie est organisée 24 h sur 24 et les tableaux de garde et astreinte communiqués aux équipes.

Une convention avec l'hôpital de VERNON permet le recours aux spécialistes.

La clinique dispose d'un médecin généraliste.

La gestion documentaire est accessible.

Les professionnels disposent de protocoles sur les bonnes pratiques (prise en charge de la douleur, du suicide, de la nutrition, du diabète...), les modalités d'accueil, d'admission ou de sortie du patient (en HDJ, en HC...).

Pour l'information des patients, la clinique met à disposition des fiches de recommandations en santé mentale, communiquées par exemple via l'ARS comme les fiches " PSYCOM".

Les professionnels disposent aussi de conduite à tenir en cas d'urgences vitales et d'un chariot d'urgence par secteur de soins ; le dernier chariot (vu dans la PUI par les experts) doit être installé prochainement.

Le plan de formation est établi et accessible aux professionnels, il prend en compte les formations répondant aux enjeux réglementaires et de la clinique. Les professionnels participent plusieurs fois par an à des congrès autour de la réhabilitation, addictions, psychiatrie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations du parcours du patient de l'entrée à la sortie. Un coordinateur de parcours assure la transversalité des liens inter équipe en interne (animation commission et staffs) et la connaissance de l'activité sur le territoire en externe.

L'admission du patient est mise en œuvre sur demande d'un médecin psychiatre ou d'un médecin généraliste et est prononcée sur des critères définies par une commission pluridisciplinaire (médecins, psychologues, travailleur social...).

L'accueil du patient dans l'unité de soins est mis en œuvre entre le service des admissions et le service de soins ; le livret d'accueil est remis et les locaux présentés.

Le projet de soins individualisé (PSI) est initié dès l'admission à partir des attentes du patient sur l'ensemble des secteurs et est réalisé en équipe pluridisciplinaire (psychiatre, médecin généraliste, infirmiers ergothérapeute, psychologues, assistante sociale). Il intègre la réflexion bénéfique risque comme cela a été constaté lors des patients traceurs. Le PSI est restitué au patient par l'IDE référent des PSI et le psychiatre. Cette restitution permet d'obtenir le consentement éclairé du patient à son projet de soin. Le PSI est évalué tout au long du séjour, en équipe pluridisciplinaire, lors de staffs. Ceux-ci sont en cours de généralisation suite à une action du CQ (indicateur de suivi du PSI). Il est établi dans un délai compatible avec la PEC.

Les PSI, les synthèses et les staffs sont tracés via le dossier patient informatisé afin de permettre la coordination de la prise en charge entre l'ensemble des professionnels intervenants de l'établissement. Cette traçabilité est assurée par l'IDE référent PSI en temps utile.

Au sein du Centre de Réhabilitation, le PSI est organisé en présence du patient et de l'équipe pluridisciplinaire. Au-delà du recueil du consentement, cette participation favorise la position du patient acteur de sa prise en charge. Le PSI est intégré au dossier patient informatisé. Il est communiqué au patient, au médecin traitant et à l'adresseur.

Dès l'admission, la prise en charge somatique est mise en œuvre par le médecin généraliste de la clinique et le lien est établi avec le médecin traitant.

A l'admission, l'évaluation de la douleur, la mesure de l'IMC sont réalisées, comme en témoignent les rencontres terrain.

L'évaluation du risque suicidaire est prise en compte dans les données d'entrée.

Des actions d'éducation en santé sont mises en œuvre dans la cadre des activités thérapeutiques : en art-thérapie, cuisine, groupes de paroles, éducation physique etc ...

Les professionnels animent également des ateliers de psycho-éducation principalement en HDJ.

Les professionnels conduisent un projet d'ETP sur la dépression et étudient la faisabilité d'une validation comme programme ETP.

Le projet de sortie est mis en œuvre dès l'admission pour répondre au projet de réhabilitation psychosociale.

Des visites d'évaluation au domicile du patient sont effectuées au besoin par l'ergothérapeute, pour évaluer le degré d'autonomie du patient. Le patient est accompagné par les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes ou les infirmiers. Selon les besoins pré identifiés, notamment pour assurer la continuité des soins, des partenaires peuvent être mobilisés pour réaliser cette visite conjointement (par exemple travailleur social du CLIC pour mise en place d'APA, EHPAD, SSIAD, secteur libéral...).

La clinique favorise l'inclusion sociale des patients en établissant des partenariats avec des infrastructures de la ville et pour l'accompagnement global du patient, la Clinique dispose de partenariat avec différents structures sociales et médico-sociales (Foyer Jeunes travailleurs, mission locale).

L'établissement reçoit des patients mineurs (de plus de 15 ans et 3 mois) et recueille l'identité des personnes investies de l'autorité parentale, pour organiser la prise en charge.

Pour les patients adultes majeurs protégés, les liens sont établis avec les organismes de tutelles et les partenaires sociaux si besoin.

Le plan de formation est mis en œuvre.

Les professionnels actualisent leur compétences AFGSU (AS et IDE).

Une psychologue est formé à l'éducation thérapeutique et une diététicienne est en cours de formation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateur ; indicateurs recueillis de façon trimestrielle lors des audits de dossiers patient.

Depuis 2018, l'établissement s'est engagé dans une évaluation du parcours du patient à partir de patient traceur ; la démarche concerne au moment de la visite 3 prises en charge.

Les professionnels mettent en œuvre des RMM : une RMM a été organisée en juin 2018.

Au premier trimestre 2018, 9 EI ont été renseignés pour la thématique parcours du patient et 40 au cours du second trimestre (en majorité sur les chutes).

L'établissement ne conduit pas d'EPP sur la pertinence des soins, sur les hospitalisations et à l'aide d'indicateurs de pratiques cliniques comme cela a été constaté en visite avec les responsables.

Les professionnels sont informés par mémo ou par l'encadrement des résultats des évaluations ; au jour de la visite la culture qualité sécurité des soins est en cours d'appropriation.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre suite aux évaluations.

Les actions du compte qualité ont été suivies

La majorité des actions sont abouties et d'autres en cours.

Le PSI par exemple, suite à une nouvelle évaluation doit être modifié, comme cela a été vu en visite avec le l'IDE responsable du projet.

L'analyse des déclarations des EI, au travers des RMM et des CREX par exemple, conduisent à des actions d'améliorations ainsi que les résultats des patients traceurs.

Les instances sont informées de la conduite des actions, en particulier la CME.

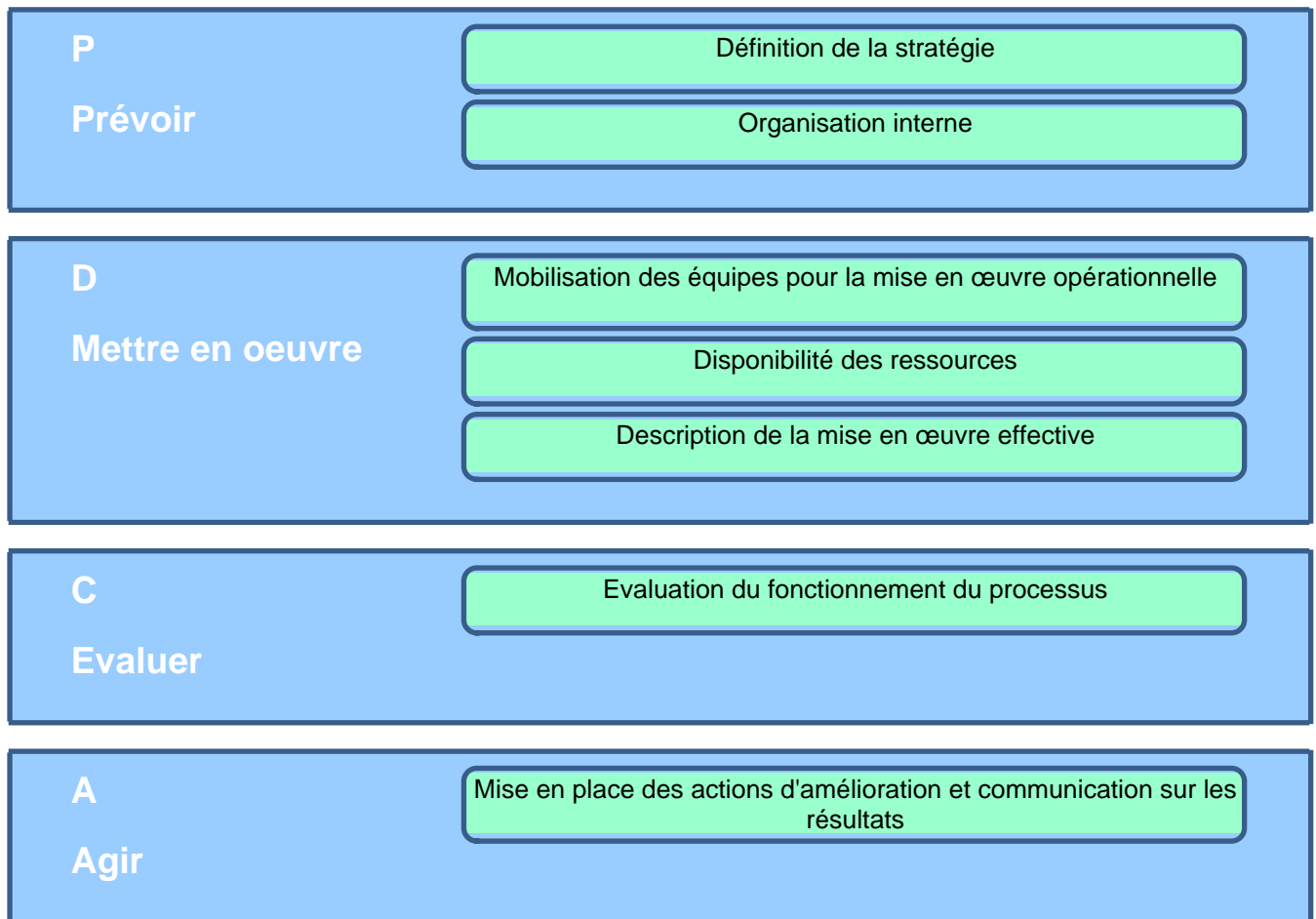
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient rédigée en 2017 s'appuie sur les orientations du groupe SINOUE et s'inscrit dans le schéma directeur du système d'information.

La politique décline l'organisation de la structure de pilotage, les étapes réglementaires du circuit du dossier, les indicateurs de suivi et les objectifs d'amélioration au niveau de l'établissement.
Cette politique comporte des éléments sur l'organisation de l'accès du patient à son dossier.

Le dossier patient est informatisé sur l'ensemble des secteurs concernés et se compose de différents modules interfacés entre les secteurs de soins et les services supports, comme le service des admissions, la pharmacie ou la facturation...

L'établissement a réalisé une cartographie des risques sur la base de la réglementation et de l'expérience des professionnels intégrés à la démarche : soignants, médecins, personnels administratif ou du système d'information.

L'établissement ayant ouvert en 2015, il ne disposait pas au moment de la rédaction de la cartographie, d'indicateurs IQSS sur le dossier patient.

Le repérage des risques liés à l'informatisation a été établi dans le cadre du processus sur le système d'information, piloté par le responsable du SI.

Des actions prioritaires ont été identifiées et intégrées dans le compte qualité après hiérarchisation à partir de la grille de la HAS.

Le compte qualité est intégré dans le PAQSS du processus dossier patient et au PAQSS de l'établissement qui comporte les éléments de suivi (date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus dossier patient.

Au niveau stratégique, le directeur de l'établissement et le président de la CME sont chargés de la déclinaison de la politique locale et veillent sur la mise en œuvre avec la CME.

Sur le plan opérationnel, un médecin psychiatre et un responsable administratif sont identifiés comme pilote et copilote et disposent de fiches de postes.

Les pilotes sont accompagnés par différents professionnels comme le DIM du groupe SINOUE, le pharmacien, les deux coordonnateurs de soins des unités fonctionnelles, le coordonnateur des parcours et une représentation médicale.

En appui au dispositif, il existe au niveau local et du groupe, des référents de logiciels qui participent entre autres à la formation des professionnels.

La responsable qualité assure la coordination du processus du dossier patient et de l'identito-vigilance, de façon périodique, au sein de la commission du dossier patient et de l'identito-vigilance.
Au regard des besoins et des risques l'établissement prévoit les ressources humaines, documentaires et matérielles.

L'établissement dispose d'un dossier informatisé unique initié dès la pré-admission avec l'ouverture des droits du patient ; ce dossier informatisé intègre la prise en charge médicamenteuse.

Il existe par ailleurs, en complémentarité, un dossier patient en version papier comportant principalement, les éléments signés de la main du patient et des documents de traçabilité en cours de test, avant informatisation, comme le projet de soins individualisé.

Le local des archives répond aux attendus en terme de local dédié, sécurisé, et à l'abri des risques d'inondations et d'incendie.
Les services disposent de PC pour assurer l'accès de l'outil aux différents postes de travail (soignants, administratif, service support comme la pharmacie...).

La gestion documentaire comporte des protocoles d'utilisation de l'outil informatique et un protocole sur les règles de gestion du dossier définissant les responsabilités des professionnels tout au long du circuit (tenue du dossier, composition, accessibilité en temps utile, archivage...).

Les formations des professionnels à l'outil sont planifiées et intègrent les nouveaux arrivants.

La maintenance informatique est organisée et les professionnels disposent d'un plan de reprise d'activité.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information est organisée.

Le responsable qualité est le référent identifié sur cette thématique, pour la mise en œuvre en lien avec la direction et la CDU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les plans d'actions et les risques.

La conformité des pratiques est vérifiée de façon périodique et impliquent les professionnels du service de nuit notamment.

Par trimestre, ces professionnels réalisent, à la demande du responsable qualité, une requête des données saisies, à partir d'une grille contenue dans le dossier patient informatisé.

Les professionnels sont sensibilisés aux déclarations des événements indésirables comme cela a été constaté par les experts.

Mais au jour de la visite, l'établissement dispose de peu d'évènements liés au dossier patient ; zéro sur le premier trimestre 2018 et deux sur le second trimestre (défaut d'accès et perte de données).

En mars 2018, les professionnels ont été associés à l'analyse d'un EI sur un doublon lors d'un CREX.

Les professionnels ont participé également aux trois patients traceurs dont la démarche a été initiée en 2018.

En terme de communication, les professionnels sont informés des résultats et des indicateurs mais l'appropriation d'une réelle culture du résultat est encore à venir comme cela a été constaté lors des rencontres avec les professionnels .

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, documentaires et matérielles sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Des PC sont disponibles aux postes de travail.

La maintenance est opérationnelle entre le niveau local et le groupe concernant le réseau informatique et les logiciels.

L'actualisation du code d'accès au dossier patient par les professionnels est opérationnel, à terme échu.

Les professionnels et les remplaçants reçoivent une formation par leurs pairs à l'utilisation du dossier informatisé et il existe un référent du logiciel de soins par unité.

Les professionnels disposent sur l'intranet, des protocoles, du guide d'utilisation du dossier informatique. Il est donné à l'entrée du patient son livret d'accueil pour l'informer de son droit d'accès à son dossier.

Le local d'archive morte est opérationnel et il existe une organisation dans le secrétariat médical pour les archives intermédiaires, répondant aussi aux attendus de la confidentialité comme l'a montré la visite terrain.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les services visités mettent en œuvre les bonnes pratiques d'utilisation du dossier patient informatisé, accessible aux professionnels en lecture et / ou écriture selon les métiers médicaux, soignants ou des professionnels médico-technique embauchés par la clinique.

Le dossier patient comporte les éléments administratifs du patient, les éléments réglementaires nécessaires à la continuité des soins psychiatrique, somatiques et soignants, comme l'attestent les patients traceurs réalisés en visite.

Lors de la visite, le guide du dossier patient communiqué récemment était connu des professionnels qui y

ont fait majoritairement référence lors des rencontres.

Avant chaque admission, le secrétariat médical prépare les premiers éléments du dossier administratif et médicaux pour la commission d'admission et communique, le cas échéant, le dossier papier archivé.

Lors de la prise en charge, les professionnels recherchent le dossier du patient selon les antériorités informatiques ou ouvrent une nouvelle prise en charge.

Durant le séjour, les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés en temps utiles ; là aussi, comme cela a été constaté lors des patients traceurs et majoritairement confirmé par les audits de dossiers de l'établissement. La grille d'audit investigate par exemple, la traçabilité du dossier administratif, la présence des documents médicaux, la traçabilité du suivi des risques du patient (suicide, douleur...), la prise en charge somatique etc...

A la sortie du patient, le dossier papier est classé et archivé selon les règles définies, comme cela a été observé lors du circuit du dossier patient du secrétariat médical aux archives.

Le secrétariat médical suit dans un tableau d'indicateurs la présence et la conformité du CRH, comme cela a été établi suite à une action d'amélioration du CQ.

La procédure de demande d'accès du patient à son dossier est effective et respecte le délai d'envoi des demandes de moins de 5 ans (la clinique a ouvert en 2015).

La demande est prise en compte par la responsable qualité également "chargé" de communication auprès des patients.

La CDU est informée des demandes d'accès aux dossiers par les patients et une analyse des durées d'envoi lui est communiquée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure à l'aide d'indicateurs, l'évaluation de la gestion du dossier patient. Ceci est fait trimestriellement par le service qualité. Ce suivi est complété par la réalisation de patients traceurs, initié en 2018, par le suivi des EI et le suivi des délais de transmission du dossier au patient.

L'établissement, au jour de la visite, n'est pas complètement engagé dans une réflexion en équipe pluriprofessionnelle sur la thématique afin d'identifier au travers des résultats d'évaluation les risques prioritaires à intégrer et à suivre dans le compte qualité.

La communication des résultats est faite aux professionnels par le service qualité ou par mémo. La culture du résultat est en cours d'appropriation par les pilotes.

Les indicateurs de la thématique dossier patient en psychiatrie n'ont pas été recueillis par la HAS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre à partir des évaluations réalisées (audits de dossiers, CREX et patient traceurs...).

Les actions identifiées dans le compte qualité ont été réalisées ou sont en cours.

A titre d'exemple, pour le PSI, la réflexion est en cours pour améliorer le support en fonction des observations des professionnels.

Le PAQSS est suivi et actualisé par la responsable qualité en appui des pilotes du processus.

La communication des résultats des évaluations est faite aux instances concernées et aux professionnels, ponctuellement.

Les instances sont informées, en particulier la CME, impliquée dans le suivi du pilotage opérationnel et la CDU sur les demandes de dossier par les patients.

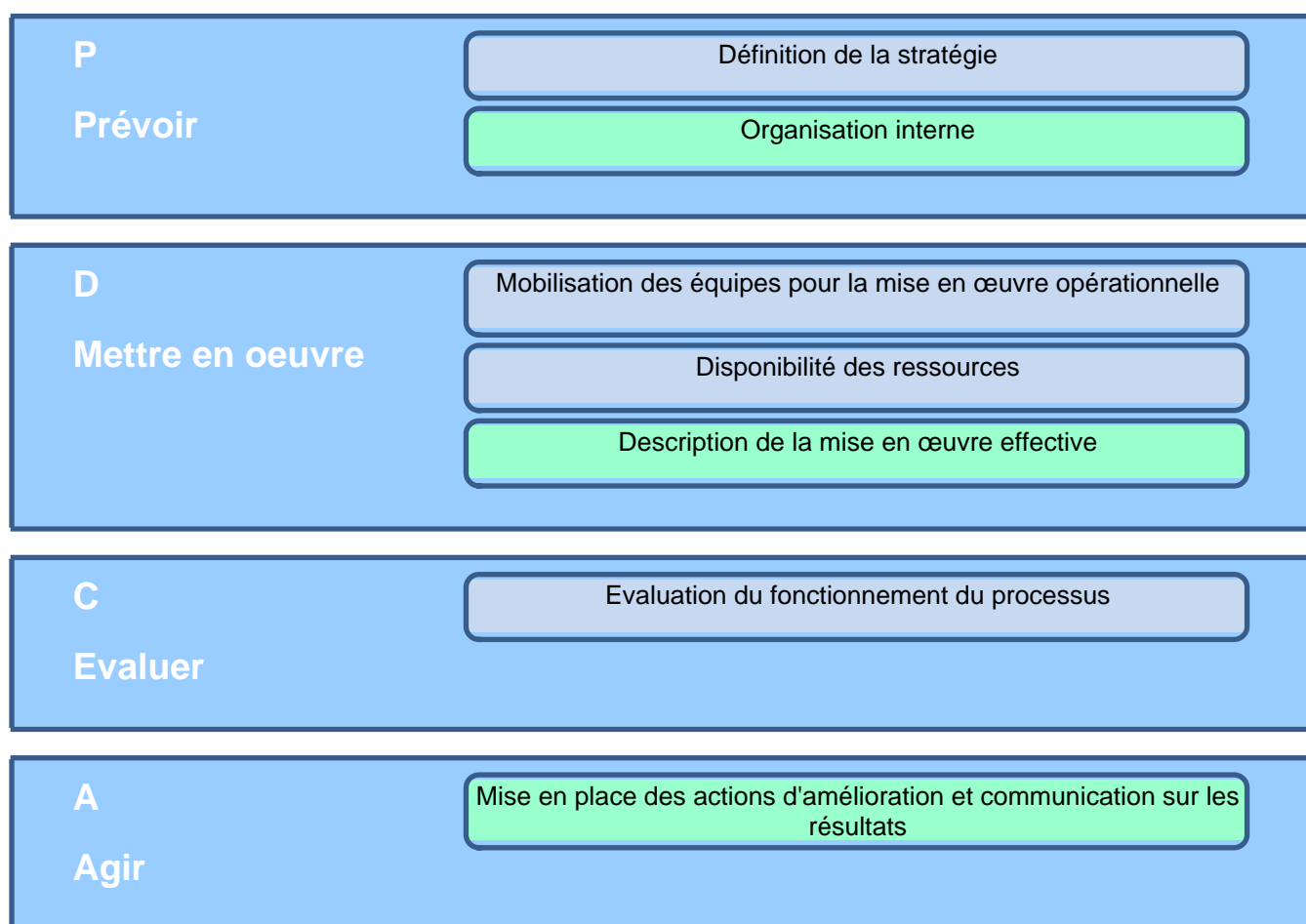
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique des portes de l'EURE dispose d'une autorisation d'ouverture d'une PUI concernant la gestion de l'approvisionnement, le stockage, la dispensation, la délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. La clinique a défini sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en déclinaison des orientations stratégiques du groupe SINOUE. Trois axes sont identifiés : le renforcement du management qualité gestion des risques, la sécurisation des étapes du circuit, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse pour la personne âgée. Une démarche d'identification des risques a été réalisée suite à l'ouverture de l'établissement, sur la base d'un audit piloté par le groupe SINOUE et d'un audit local réalisé par le pharmacien gérant. L'analyse a été conduite à l'aide d'une grille proposée par l'OMEDIT, sur l'ensemble des étapes du circuit comme le recommande la réglementation. La PUI a ainsi établi la cartographie du processus. La démarche a impliqué les professionnels de la PUI, des services cliniques, le corps médical, de façon pluridisciplinaire. La hiérarchisation des risques, après identification des éléments de maîtrise a permis de retenir les risques prioritaires figurant dans le CQ ; la cotation des risques a été établie à partir de la grille de la HAS. Le compte qualité est intégré au PAQSS du processus et au PAQSS de l'établissement et comporte les éléments de suivi (responsable d'action, échéances...). La politique de la prise en charge médicamenteuse et le PAQSS sont validés par la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « Prise en charge Médicamenteuse » est défini.

Le pharmacien gérant de la clinique pilote le processus avec en copilotage le pharmacien hygiéniste du groupe SINOUE ; les missions de ces professionnels sont définies et connues.

Le pharmacien gérant est également le pharmaco-vigilant au sein du COVIRIS.

La fonction de responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse est confiée au pharmacien du groupe ; une fiche de poste a été également établie.

La COMEDIMS est intégrée au sein de la CME, permettant ainsi la participation de l'ensemble de la communauté médicale au processus.

En terme de compétence, la PUI dispose donc d'un pharmacien et d'une préparatrice en pharmacie, remplacés durant leurs absences pour assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Les professionnels de la PUI disposent de fiches de postes.

Le pharmacien hygiéniste du groupe SINOUE est en appui de l'équipe médicale de la clinique sur le risque infectieux et l'antibiothérapie si nécessaire.

Les prescripteurs médicaux habilités sont identifiés sur une liste disponible à la PUI.

Le management de la qualité est structuré autour d'un manuel qualité comportant les documents réglementaires comme le mentionne l'arrêté du 6 avril 2011.

La gestion documentaire informatisée est organisée autour de la gestion du circuit par la pharmacie et de toutes les étapes de la prise en charge. Elle comporte en particulier les règles de prescription communes à l'ensemble des utilisateurs (antibio - guide, médicaments non pertinents pour les personnes âgées...), des documents d'aide à l'administration (médicaments écrasables, médicaments à risques...), des supports d'information pour le patient, les règles de mise en œuvre des processus logistiques (achat, livraisons etc).

Le plan de formation prend en compte la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses.

La clinique a organisé la mise à disposition des ressources en locaux, matériels, et en équipements pour respecter les bonnes pratiques.

La PUI dispose de locaux dédiés à chaque étape du circuit la concernant notamment : la réception, le stockage, la préparation nominative des piluliers.

Les différents locaux sont sécurisés ; l'accès à la PUI, par exemple, est réglementé pour les personnels, les livreurs et les patients.

Le transport interne est organisé dans des containers également dédiés et sécurisés, et propre à la conservation de la chaîne du froid si nécessaire, de même que la gestion et l'acheminement des stupéfiants.

La permanence pharmaceutique est organisée.

Le circuit du médicament est informatisé pour l'ensemble des secteurs de l'établissement.

Le support d'enregistrement de la prise en charge, en particulier pour la prescription, l'administration est unique comme prouve le suivi des indicateurs.

Des liaisons informatiques permettent au pharmacien d'avoir un accès global aux prescriptions somatiques et psychiatriques ainsi qu'aux antibiogrammes.

L'interface avec l'EOH est organisé.

La maintenance informatique est organisée, à la fois sur le réseau et sur les logiciels entre la clinique et le groupe SINOUE.

Des points réguliers sont organisés avec la responsable qualité et la communauté médicale en CME.

La clinique dispose d'un protocole de gestion du traitement personnel du patient dans lequel sont précisées les situations spécifiques rencontrées lors de l'admission ou lors du séjour du patient. Il est stipulé, par exemple, que le pharmacien utilise les traitements personnels, dans l'attente de la livraison de médicaments à la PUI. Il est écrit également qu'aucune ordonnance n'est donnée au patient durant son hospitalisation. Or, en HDJ, dans l'hypothèse des prescriptions d'injectables retard, le patient va à la pharmacie d'officine avec la prescription. Le patient achète lui-même ses médicaments et la pharmacie d'officine les lui délivre. Le traitement est ensuite apporté à la clinique pour être administré par le personnel infirmier de l'unité ; la traçabilité de l'administration est bien retrouvée dans le dossier patient. Cette pratique ne répond pas aux exigences du Code de la Sécurité Sociale. En effet, le Code prévoit que le traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie. L'établissement précise que cette organisation s'intègre dans le projet thérapeutique du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables du processus et l'encadrement soignant des unités de soins communiquent sur les plans d'actions du processus comme cela a été constaté en visite. Les professionnels sont impliqués dans les actions intégrées dans le CQ par exemple et dans les trois patients traceurs réalisés en 2018, comportant des items sur la prise en charge médicamenteuse. Des actions de sensibilisation sont également réalisées par le pharmacien et la préparatrice lors de leur passage périodique dans les unités de soins ce qui a été constaté lors des visites terrain sur les 4 secteurs de soins (géronto-psychiatrie, 2 unités d'hospitalisation complète et unité d'HDJ). Les professionnels connaissent les modalités de déclaration des EI même si peu d'événements sont recensés pour l'année 2018 ; deux événements au cours du premier trimestre et 4 au cours du second. Ils participent aux REMED en moyenne deux fois par an et contribuent aux actions d'amélioration. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'établissement organise de façon périodique un audit de dossier intégrant la prise en charge médicamenteuse ; la planification pour 2018 est établie comme en témoigne le calendrier présenté par la responsable qualité. Des actions de communication sont mises en œuvre au travers de différents supports, comme le bulletin périodique du médicament établi par le pharmacien du groupe et comportant un quiz (N° 14 en juillet 2018).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources humaines, matérielles, documentaires est effective. Le pharmacien gérant et une préparatrice sont affectés à la gestion de la PUI et le recours au pharmacien du groupe y compris comme référent en infectiologie est possible. Les actions de formation sur les erreurs médicamenteuses sont communiquées aux équipes via le plan de formation et comportent des thématiques ciblées (interruption de tâches, par exemple...). Ces formations sont proposées par binôme IDE et AS ; plusieurs sessions sont prévues par année. Des actions d'information ou de sensibilisation sont présentes dans l'ordre du jour de la CME. La gestion documentaire est accessible aux postes de soins pour l'ensemble des professionnels concernés ; médecins, soignants et patients (fiche psy.com) et personnel de la PUI. La PUI dispose d'équipements dédiés dans chaque zone de travail : zone de réception, de stockage, réfrigérateur contrôlant la chaîne du froid, containers de transports sécurisés pour les stupéfiants, piluliers sécurisés pour les unités de soins, par exemple etc... Le remplacement des professionnels de la pharmacie et pris en compte dans les organisations. L'armoire de stock tampon, approvisionnée, est

accessible pour les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités connaissent et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'approvisionnement de la PUI est effectif et réalisé par le biais d'une centrale d'achats.

La livraison est contrôlée, dès réception, ainsi que le maintien de la chaîne du froid de certains médicaments. Le stockage est réalisé conformément aux bonnes pratiques comme cela a été constaté dans la visite du circuit du médicament.

La préparation des piluliers est effectuée par la préparatrice de façon nominative par patient ce qui permet un premier contrôle des médicaments avant administration.

L'acheminement par 24 H dans les unités concernées (en dehors de l'HDJ) est effectué dans des supports sécurisés jusqu'au poste de soins par le personnel de la PUI.

La PUI met en œuvre le double étiquetage des médicaments le nécessitant pour permettre une identification jusqu'au lit du patient.

La préparation des piluliers se fait au regard de l'ordonnance accessible dans le dossier patient informatisé, écrite par les prescripteurs.

L'approvisionnement en stupéfiants est assuré par le pharmacien directement dans les coffres dédiés des unités.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie du patient.

Dès l'entrée, le pharmacien renseigne un dossier pharmaceutique pour mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse ; ce dossier, en phase de test, est accessible aux médecins traitants et à vocation à être étendu. Le traitement d'admission du patient fait l'objet d'une analyse pharmaceutique conjointe entre le psychiatre, le médecin somaticien et le pharmacien de même qu'au moment de la sortie.

Le traitement du patient prend en compte la gestion du traitement personnel.

L'analyse pharmaceutique est poursuivie tout au long du séjour à partir de l'ordonnance globale accessible au pharmacien.

Lors du séjour, le patient est informé sur son traitement par le médecin ; l'information est tracée dans le dossier patient comme cela a été constaté lors des patients traceurs.

Il existe par ailleurs des ateliers d'éducation en santé (ex en HDJ), animés par les soignants, sur le traitement du patient.

Des supports d'information émanant de sociétés savantes sont également remis aux patients.

Les formations des professionnels aux erreurs médicamenteuses sont effectives comme en ont témoigné les professionnels lors des rencontres ; à partir, entre autre d'un e-learning et d'une vidéo réalisée sur les interruptions de tâches par les professionnels de la clinique.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les protocoles de bonnes pratiques de prescription et d'administration.

La prescription des médicaments a lieu sur le support unique du DPAI.

La prescription des médicaments pour la personne âgée s'accompagne des éléments de surveillance de la fonction rénale.

Lors de l'administration, les soignants respectent les modalités de vérification, molécules par molécules, avant l'administration aux patients et vérification de son identité.

Les règles de broyage ou de destruction des médicaments sécables sont connues des professionnels rencontrés en visite.

Les professionnels mettent en œuvre les mesures d'identification des produits, notamment des médicaments sécables et des gouttes buvables conformément aux protocoles comme cela a été constaté dans les trois UF concernées.

Les professionnels mettent en œuvre des mesures pour limiter le risque d'erreur médicamenteuse comme cela a été enseigné lors des formations internes par le pharmacien du groupe ; pour éviter, par exemple, les interruptions de tâches (affichage d'une pancarte " ne pas déranger" sur le chariot de distribution) et les patients informés participent au respect des consignes comme cela a été constaté.

La traçabilité de l'acte est faite en temps réel sur le support informatique.

L'information des patients par le médecin est tracée dans le dossier comme cela a été constatée lors des patients traceurs.

L'approvisionnement en urgence est effectif via une officine de ville ou le CH de VERNON.

Les professionnels connaissent, par ailleurs, la possibilité de s'approvisionner dans l'armoire tampon en dehors des heures ouvrables.

D'un point de vue médicamenteux, les chariots d'urgence vitale sont opérationnels et contrôlés périodiquement.

Cependant, les conditions de mise en œuvre du protocole de pose "de perfusion" ne sont pas systématiquement appropriées par les professionnels IDE bien que la clinique dispose, dans sa gestion documentaire, d'un protocole sur la pose des "perfusions" (pose de cathéters etc ...). Le protocole comporte des supports (étiquette) permettant de renseigner l'identité du patient sur la poche à perfusion.

Lors de la visite, sur 4 soignants de 2 unités de soins (sur trois unités concernées) un seul connaissait les dispositions du protocole, 3 ont fourni plusieurs solutions, partielles, sans référence au protocole. Parmi ces professionnels deux étaient en remplacement mais disent connaître la clinique.

Le constat fait par les experts, en présence des pharmaciens, confirme un risque identifié par ailleurs par la clinique ; sur, d'une part, la démarche d'intégration des professionnels et, d'autre part, sur l'appropriation de certains protocoles. Les actions d'améliorations sont à venir.

Bien qu'en pratique, il est admis que l'infirmier qui prépare pose la perfusion, l'identification des poches n'est pas systématiquement en concordance avec les modalités définies ; pouvant laisser subsister un doute sur la pose de la bonne perfusion au bon patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Établissement conduit l'évaluation du processus Management de la prise en charge médicamenteuse du patient, notamment, sur la base d'indicateurs.

La PUI dispose d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi de gestion et de pilotage en lien avec la centrale d'achats ou sur la mise en œuvre des bonnes pratiques par les secteurs (nombre de désaccord d'ordonnance entre pharmacien et médecins, nombre de médicaments potentiellement à risques pour la personne âgée...).

Ces indicateurs sont issus en partie des audits de dossiers patients (modalités de prescription, information du patient..) conduits par le responsable qualité, des patients traceurs initiés en 2018 ou des REMED.

L'établissement récemment ouvert (octobre 2015) est au stade de la recherche d'indicateurs pertinents sur la thématique qui le conduirait à la mise en œuvre d'EPP sur la thématique.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations du processus sur la base du suivi du tableau de bord des indicateurs, l'établissement met en œuvre des actions d'améliorations.

Ces actions sont intégrées dans le PAQSS du processus et mises en œuvre avec les professionnels. Elles abondent le compte qualité à même de produire de nouvelles actions d'amélioration.

La communication des résultats aux professionnels est faite par le biais des instances dont la CME dont les CR sont accessibles sur la gestion documentaire.

Les résultats des patients traceurs et des audits sont communiqués par le responsable qualité et le pharmacien lors de réunions formelles ou informelles avec les professionnels des secteurs.

Les usagers sont informés en CDU et dans les différentes instances auxquelles ils participent.