



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE DE READAPTATION DE MAURS

**Rue andre mouly
15600 Maurs
MAI 2015**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
ANNEXE	39

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

CENTRE DE READAPTATION DE MAURS	
Adresse	Rue andre mouly 15600 Maurs
Département / région	CANTAL / AUVERGNE
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	150002566	CENTRE DE READAPTATION DE MAURS	Rue andre mouly 15600 MAURS
Etablissement de santé	150782944	CENTRE DE READAPTATION DE MAURS	Rue andre mouly 15600 Maurs

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
Santé mentale	Psychiatrie générale	30

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention avec la Maison Médicale de Maurs (15) Convention avec l'Institut Camille Miret (46) Convention avec le CH Saint Flour Convention avec l'Association Hospitalière Sainte-Marie du Puy-en-Velay (43) Convention avec l'Association Hospitalière l'Hermitage à Chamalière (63) Convention avec le CH de Figeac Convention avec le CH d'Aurillac Convention avec l'Association l'hospitalière Saint-Marie à Rodez (12) Convention avec le CH d'Aurillac et le CH de Saint Flour pour la mise à disposition du praticien en hygiène hospitalière Convention avec le CH d'Aurillac pour la mise à disposition du

référent antibiothérapie
Convention avec les deux pharmacies de Maurs
Convention avec CRePsy
Convention avec COEF 15
Convention avec le Centre Expert du CH de Clermont Ferrand (63)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

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

- prononce la certification de l'établissement.

2. Décision

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Accréditation des laboratoires de biologie médicale

6. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management stratégique, gouvernance
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	Psychiatrie générale	Syndromes de dépendances, troubles mentaux et du c	Programmé	Simple	
2	Adulte	Psy générale	Troubles schizophréniques	Programmé	Simple	

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE

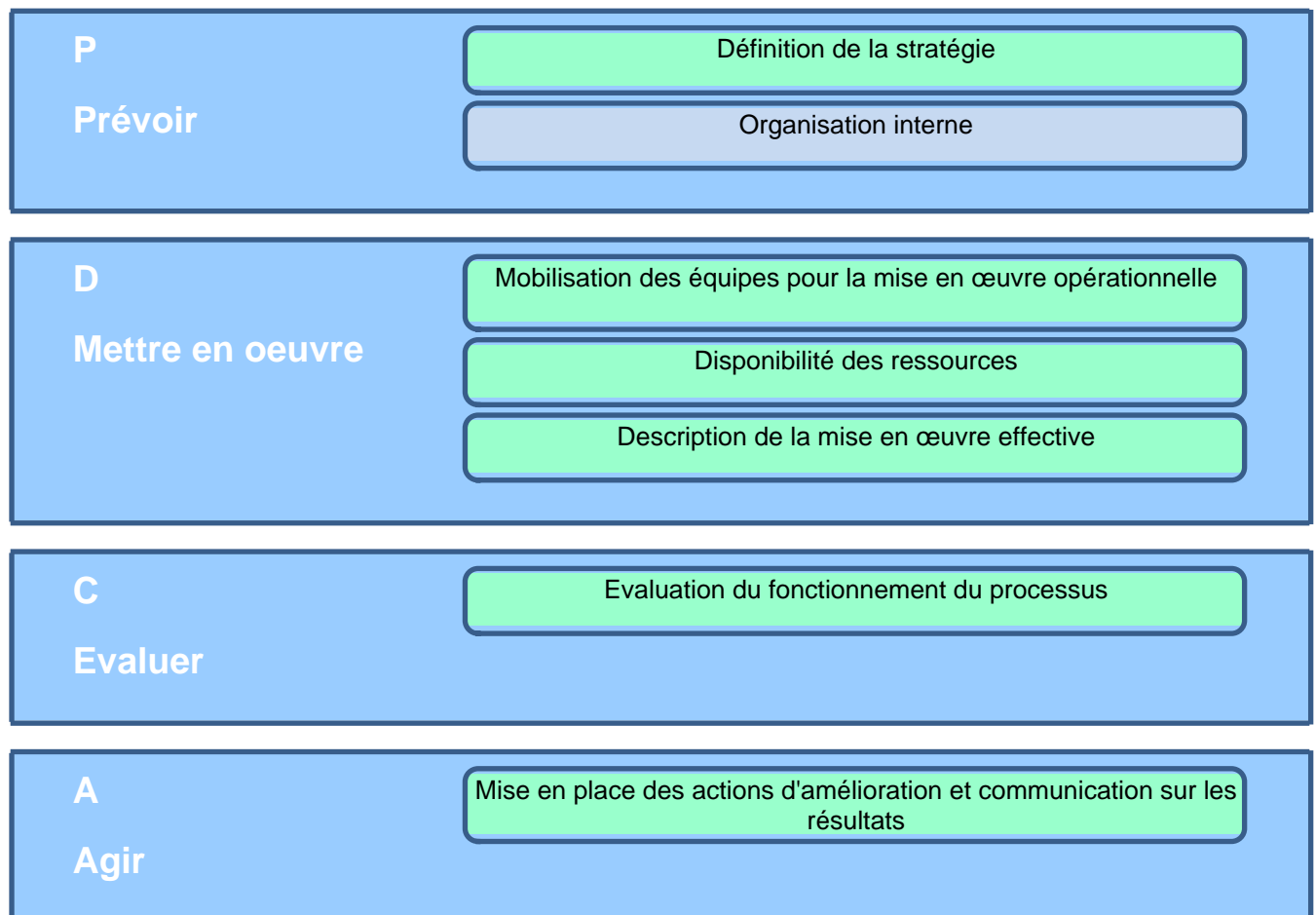
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement s'est doté de règles lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions. Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, intégrant un engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises.

L'évaluation de ce processus consiste aussi à s'assurer que l'établissement a pris en compte dans la définition de sa stratégie, les orientations fixées par la puissance publique au travers des outils de la planification.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les orientations sont : "stabilisation du management et renforcement de la gouvernance, recherche de partenariat, organisation des astreintes de direction, orientation de l'établissement en application du PRS, développer les coopérations territoriales, stratégie financières, immobilières et infrastructures". L'établissement a utilisé plusieurs outils pour définir sa politique. Un audit de fonctionnement général a été réalisé par un cabinet prestataire et un rapport a été produit en juin 2014. Dans le cadre de la démarche V2014, l'établissement a réalisé un auto-diagnostic de cette thématique. Cette politique est orientée par les autorités de tarification (ARS) au travers du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, CPOM 2013-2017. Par ailleurs, un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) a été imposé par l'autorité de tarification (ARS) et couvre la période de 2013-2017. Un projet d'établissement a été rédigé. Il couvre la période 2010-2015. Il prend en compte les besoins de la population. Le projet d'établissement est élaboré à partir du bilan de l'existant qui décline le projet médical "Le chemin du patient vers l'autonomie" sous la forme du parcours patient. Il fait apparaître deux nouveaux axes dans les soins de réadaptation :

- a) améliorer la prise en charge des patients pendant la période de faible activité du village Vacances,
- b) améliorer la préparation à l'autonomie en vue de la sortie.

Un chapitre est consacré au développement de la démarche qualité/gestion des risques décliné en axes prioritaires. Le projet social est organisé en axes majeurs : la formalisation et la mise en place de la politique de management, les instances représentatives du personnel, l'amélioration des conditions de travail, la gestion des risques professionnels et l'évaluation de la satisfaction des salariés, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le Conseil d'Administration (CA) de l'association gestionnaire a validé cette politique ainsi que ses objectifs au cours de différentes séances dudit conseil. Le compte-qualité a évalué des risques et prévoit des actions d'amélioration dans l'onglet "Analyse et plan d'actions" de cette thématique : développement durable, fonctionnement des instances, projet d'établissement (valeurs, missions, projets, partenariat).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le Président du conseil d'administration représente l'association gestionnaire dans le pilotage stratégique de l'établissement. Il intervient directement ou par délégation donnée aux directeurs. Compte tenu des particularités structurelles de l'établissement, le pilotage de la thématique "management stratégique, gouvernance" a été adapté à la situation de l'établissement. La direction est assurée par une directrice (directrice par ailleurs du village vacances sur son autre temps disponible) et par un directeur chargé de mission. Les rôles et missions ont été ainsi définis par le Conseil d'Administration : le directeur chargé de mission est particulièrement en charge des dossiers en lien avec le CREF, les relations avec les autorités de tarification (ARS) et des services institutionnel de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale et Agricole. La directrice titulaire consacre le temps qui lui est imparti dans la direction dans tous ses autres aspects : ressources humaines, ressources financières, processus logistiques... Le pilotage opérationnel est assuré par l'adjointe de direction. Un comité de direction (CODIR) est en place, il est chargé de fixer les objectifs opérationnels du fonctionnement général. Les rôles et responsabilités des directeurs sont définis. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines. L'organigramme hiérarchique et fonctionnel du personnel fait apparaître un effectif global de 21,89 équivalents temps-pleins employés en CDI ou mis à disposition par voie de conventions. Les salariés sont titulaires du diplôme professionnel d'exercice. La formation continue est prévue dans le cadre du Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) et des formations en interne sont prévues sur des thèmes en regard avec l'activité de l'établissement. Au niveau matériel, le foncier et les bâtiments sont la propriété d'une société civile immobilière. Un bail locatif a été établi entre la SCI et l'établissement qui inscrit à son budget les loyers annuels d'occupation. Les équipements sont la propriété de l'établissement et sont prévus en fonction de l'activité de l'établissement (centre de réadaptation en santé mentale). L'établissement comprend 4 unités d'hébergement (chacune de 7 à 8 lits). Chaque unité de vie comprend aussi une cuisine et une salle à manger (activité de "cuisine thérapeutique"). Le "grand salon" réunit l'ensemble des patients pour le petit déjeuner. Un espace informatique de 4 postes est mis à la disposition des patients. En ce qui concerne la maintenance préventive et la maintenance curative, selon la nature des équipements et/ou du matériel, la maintenance est réalisée en interne ou par des sociétés externes. Des contrats sont prévus avec des prestataires externes pour contrôle ou maintenance concernant certains équipements : ascenseurs, extincteurs, Dispositif de Sécurité Incendie (DSI), installations de gaz... Les vérifications périodiques obligatoires sont prévus par des sociétés agréées sur ces mêmes équipements. En ce qui concerne le système d'information, celui-ci fait l'objet d'un travail spécifique au travers d'un schéma directeur informatique actualisé en 2014. Ce schéma directeur vise l'informatisation de

l'établissement dans sa globalité (admission, facturation, paie...). L'informatisation du dossier patient reste le principal objectif. Par ailleurs, l'établissement a signé des conventions de partenariat avec d'autres établissements de santé en fonction des schémas en favorisant la proximité géographique (accessibilité).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. L'adjointe de direction a dans ses fonctions le pilotage opérationnel de cette thématique. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les équipes sont sensibilisées aux aspects éthiques de la prise en charge. De même, les professionnels sont sensibilisés au développement durable. La direction organise autant que de besoin des réunions générales d'information pour communiquer à l'ensemble des salariés les orientations prises par l'institution. Des réunions sont réalisées au niveau des équipes : équipe médico-éducative, équipe de moniteurs ou réunions générales. Par ailleurs, des notes d'informations ou notes de services permettent la mobilisation des équipes. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des rappels sont réalisés en cas de non conformité des pratiques. Cela se fait régulièrement au cours des différentes réunions institutionnelles ou de manière beaucoup plus ciblée par des notes de service, des notes d'information. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les professionnels contribuent aux actions d'évaluation et ont accès aux résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Les différents membres de l'équipes pluridisciplinaire sont titulaires du diplôme professionnel les concernant : infirmières, éducateurs spécialisés, moniteur-éducateur, assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale... Le matériel est mis à disposition. Le personnel dispose d'un dossier "gestion documentaire" sur le réseau informatique où les différents projets de d'établissement sont communiqués. Les moniteurs disposent d'un dossier propre à chaque service. Les salariés disposent d'une adresse mail sur le compte internet de l'établissement. Les différents supports documentaires sont disponibles. Le projet d'établissement est à disposition des professionnels dans le dossier "gestion documentaire" du réseau informatique. Sur le plan documentaire, le projet d'établissement est consultable sur le réseau informatique dans un dossier public intitulé "gestion documentaire".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Le fonctionnement des instances est effectif. La présidence de la conférence médicale d'établissement (CME) est assurée une année sur deux par chacun des 2 psychiatres. Le COMEDIMS est opérationnel, un CBUM a été rédigé en dehors de toute obligation réglementaire. Le CLUD, le CLIN et le CLAN se réunissent régulièrement. La CRUQPC est réunie de manière réglementaire. La traçabilité est assurée. Les réunions des différentes instances : Conseil d'Administration, CME, CLIN, CLUD, CLAN, CRUQPC... font toutes l'objet d'une convocation avec ordre du jour et d'un compte rendu de réunion. La conférence médicale d'établissement (CME) n'assume pas toutes ses prérogatives. En effet, elle ne joue pas tout son rôle et n'assume pas toutes ses missions telles que prévues par les dispositions de l'article L 6161-2 du Code de la Santé Publique (CSP) et des articles R 6164-1 à R6164-5 du même code en matière de politique médicale, de projet médical, de CPOM, de prévisions annuelle d'activité, d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Dans le cadre du CPOM, une évaluation régulière est réalisée en lien avec les services de l'ARS. L'indicateur retenu en matière de "stratégie de l'établissement" est le rapport annuel d'activité. En matière d'amélioration de la qualité/sécurité des soins, ce sont les indicateurs de la HAS qui sont retenus. Un bilan des instances est réalisé annuellement. Au plan institutionnel, un bilan annuel est réalisé: bilan d'activité, bilan social, bilan comptable et budgétaire.

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre. En fonction des différentes évaluations des plans d'actions d'amélioration sont développés dans les différents domaines : prise en charge médicale, prise en charge paramédicale (infirmière, éducateur spécialisé, assistante de service social), administratif, logistique, moniteur d'atelier... En ce qui concerne la thématique "Management Stratégique, Gouvernance" cela est particulièrement effectif au niveau de Contrat de Retour à l'Équilibre Financier, dont la responsabilité est assurée par un directeur, en lien avec les autorités de tarification (l'ARS). La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Le Conseil d'administration est informé des résultats par le biais des bilans et comptes-rendus de réunion. Pour les professionnels, la communication des résultats en interne se fait par le biais d'affichage, en utilisant le dossier "gestion documentaire" sur le réseau informatique, ou par le biais de leur boîte mail professionnelle. En externe les autorités de tarification (ARS) et l'Instance Institutionnelle Caisse Centrale de la Mutualité Sociale et Agricole sont destinataires des résultats sur les sujets qui les concernent.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La conférence médicale d'établissement (CME) n'assure pas toutes ses prérogatives.</p> <p>Elle ne joue pas tout son rôle et n'assume pas toutes ses missions telles que prévues par les dispositions de l' article L 6161-2 du Code de la Santé Publique (CSP) et des articles R 6164-1 à R6164-5 du même code en matière de politique médicale, de projet médical, de CPOM, de prévisions annuelle d'activité, d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.</p>	1a

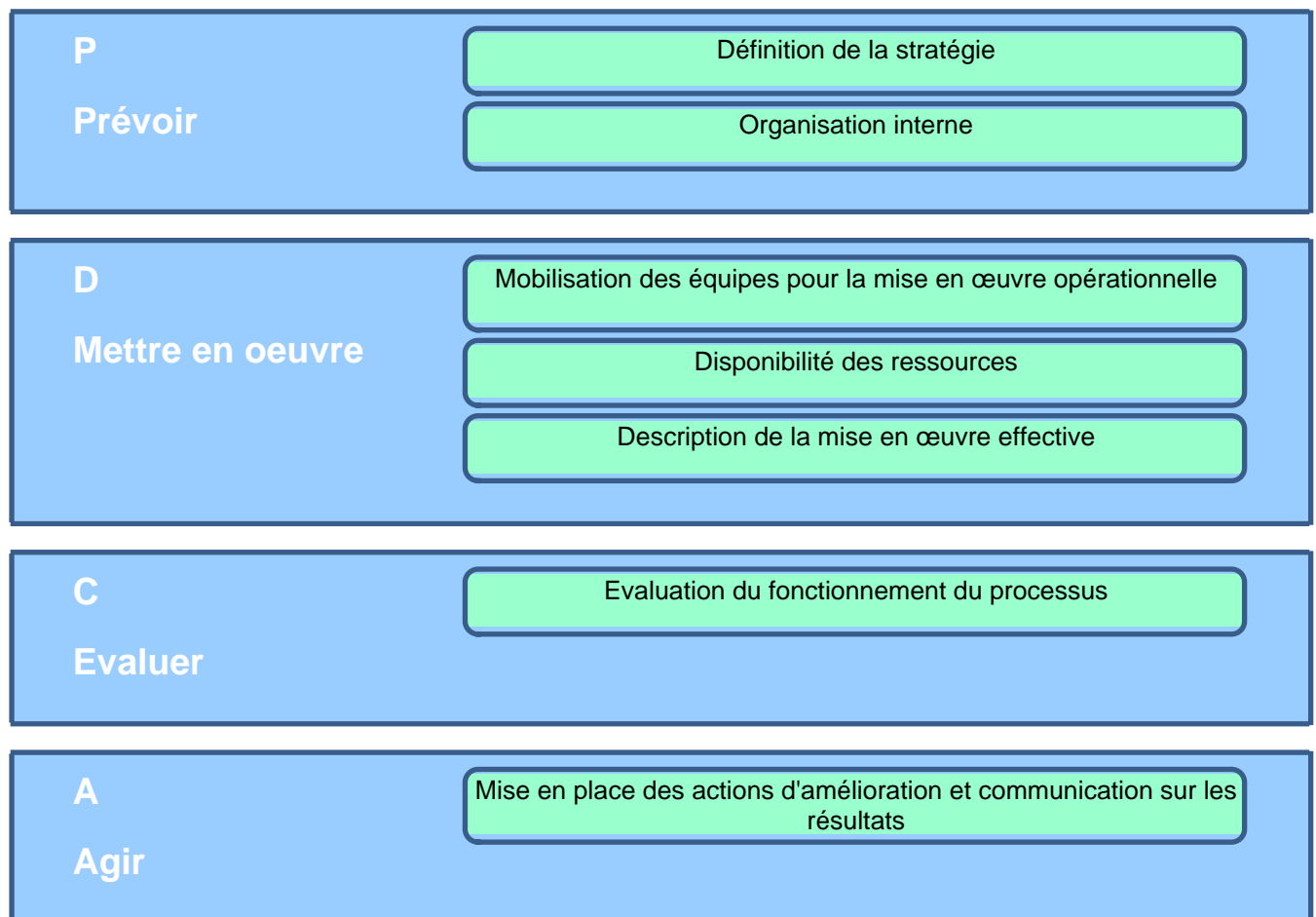
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La politique qualité gestion des risques a été élaborée collectivement à partir de différents outils. Elle intègre la politique d'évaluation. Un auto-diagnostic a été réalisé en juin 2014, à partir du manuel de certification V2010. Une définition des processus a été réalisée et une analyse des risques a été effectuée avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, l'établissement a utilisé différents outils ou méthodes : audit clinique, analyse des fiches d'évènements indésirables, approche processus du parcours patient, brainstorming. A partir de la cartographie des processus et de la cartographie des risques, la formalisation de cette politique a pu se réaliser. L'objectif principal est : "apporter à nos patients les meilleurs soins/accompagnements possibles tout en assurant une prise en charge dans des conditions optimales de sécurité et de confort". Cette politique, a été validée par les instances. Cette politique comprend des axes de travail en lien avec les risques identifiés et les décisions de la certification V2010. Les principaux axes de travail concerne la culture qualité/risques, l'organisation de la gestion des risques, les évènements indésirables, le système documentaire, le système d'information, la prise en charge médicamenteuse. Un plan d'actions a été établi. Deux patients élus par leurs pairs participent aux instances suivantes : CLIN, CLAN, CLUD, CRUQPC et font avec l'aide de l'équipe un retour des éléments discutés au cours des réunions auprès des autres patients lors de la réunion "vie collective" mensuelle.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un comité de pilotage de l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la gestion des risques et des EPP (COPI) a été mis en place au niveau de l'établissement. Sa dénomination fixe les limites de son champ d'intervention. Une cellule de coordination de la qualité et gestion des risques a été initiée. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été nommé. Il s'agit de l'adjoint de direction qui par ailleurs, est cadre de santé. La responsable qualité gestion des risques est chargée de développer et de coordonner la mise en œuvre de la politique qualité et apporter une assistance méthodologique dans le domaine de la qualité-gestion des risques. Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. En effet, la fiche de poste de la responsable qualité et gestion des risques et de celle de l'adjointe de direction sont en projet et ne sont pas validées. Par ailleurs, il n'y a pas de fiches de postes au delà des référentiels métiers énoncés dans la convention collective applicable. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les effectifs du personnel sont prévus, des formations et actions de sensibilisation sur la thématique sont planifiées: congrès gestion des risques et démarche qualité (en psychiatrie), système de signalement des évènements indésirables, formation à l'analyse des risques a priori, formation incendie, formation AFGSU... Les locaux et équipements prévus sont adaptés à l'activité. La maintenance préventive et curative sont prévues tant par les équipes techniques internes que par des prestataires extérieurs. Le système documentaire est pour partie informatisée au travers du dossier "gestion documentaire" sur le réseau informatique et pour partie au format papier. La gestion des interfaces est organisée. Des réunions à différents niveaux de l'établissement sont prévues : réunions plénières, de référents, de correspondants... Ce qui permet la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : médico-éducatif, ateliers, administratif, logistique...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'adjoint de direction organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison de la démarche institutionnelle est facilitée par la participation active des pilotes des thématiques et des référents des instances et comités. Cette démarche facilite l'implication des professionnels de terrain dans l'élaboration du compte qualité et pour la mise en œuvre opérationnelle du plan d'amélioration. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des rappels sont réalisés en cas de non conformités des pratiques en rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Des évaluations sont réalisées par l'encadrement et/ou en équipe, ce qui permet d'assurer le suivi des actions d'amélioration. Les équipes développent des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité selon les besoins et les risques spécifiques à leurs activités :

équipe médico-éducative, équipe des moniteurs d'ateliers, fonctions logistiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le personnel nécessaire à la réalisation de la prise en charge est en place. La formation tient une grande place dans l'établissement. Le personnel a été formé à la démarche d'évaluation des risques a priori avec hiérarchisation. La formation a aussi porté sur l'analyse des événements indésirables, la gestion des plaintes et réclamations, les questionnaires de satisfaction. Les nouveaux arrivants sont formés en première intention par l'adjointe de direction qui est par ailleurs cadre de santé. Au quotidien ce sont les professionnels de terrain (équipe médico-éducative) qui assurent l'accompagnement pratique des nouveaux arrivants. Des sessions d'information et/ou de formation sont réalisées en interne. Le dispositif de gestion documentaire est connu de l'ensemble des personnels et accessible. Cette gestion est pour partie informatisée et pour partie en format papier. Le système de déclaration des événements indésirables est disponible sous format papier. Le système documentaire est en place sous format papier ou format électronique dans le dossier "gestion documentaire" sur le réseau informatique. Les documents constituant des éléments de preuve du bon fonctionnement du processus sont disponibles : fiches d'événements indésirables, fiches de retour d'expérience, fiches liées aux vigilances, tableau de bord des indicateurs, tableau de bord des EPP, questionnaires de satisfaction des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les équipes participent à l'élaboration des procédures et autres documents, aux vigilances sanitaires et réglementaires, aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à la réalisation d'EPP, au traitement des plaintes et réclamation, aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers, aux audits/évaluations internes et externes (par exemple l'audit de fonctionnement général de juin 2014), aux activités au cours desquelles des thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients...). Les instances examinent les tableaux de bord liés aux indicateurs qualité et sécurité. Un focus est réalisé sur les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers. De manière générale, les plaintes et réclamation arrivent à la direction et sont examinées en COPIL qualité/gestion des risques. Un retour est réalisé auprès de l'auteur de la plainte ou réclamation selon le cas soit par écrit ou oralement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Bien que non soumis, l'établissement a mis en place le recueil des indicateurs nationaux IQSS. De plus, l'établissement a élaboré des tableaux de bord avec des indicateurs locaux. Les fiches d'événements indésirables sont analysées. Les plaintes et réclamations sont exploitées. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé annuellement : résultats des indicateurs à l'échelle de l'établissement, avancement des analyses des risques a priori dans les secteurs d'activité et un suivi de la mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les plans d'actions d'amélioration concernent notamment : des actions suite à des recommandations issues des contrôles réglementaires, des actions d'amélioration pour améliorer la satisfaction des usagers, des démarches d'EPP, des actions correctives suite aux analyses des événements indésirables et retours d'expérience, des recommandations suite à l'analyse des plaintes et recommandations, des actions visant le bon usage des médicaments. Le suivi institutionnel est assuré par la responsable assurance qualité. La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs, le dispositif de participation des usagers est amélioré. Les plans d'actions d'amélioration concernent notamment: des actions suite à des recommandations issues des contrôles réglementaires, des actions d'amélioration pour améliorer la satisfaction des usagers, des démarches d'EPP, des actions correctives suite aux analyses des événements indésirables et retours d'expérience, des recommandations suite à l'analyse des plaintes et recommandations, des actions visant le bon usage des médicaments. Les plaintes et réclamations sont examinées en CRUQPC et un bilan est fait en COPIL Qualité et Gestion des risques. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en

externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Le suivi des actions ainsi que les résultats sont à la disposition des personnels dans le dossier "gestion documentaire" sur le réseau informatique. L'ensemble des salariés ont accès à ce dossier. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le suivi institutionnel est assuré par la responsable qualité gestion des risques. Des modalités de diffusion ont été établis, affichage, flash infos qualité, dossier "gestion documentaire".

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La fiche de poste de la responsable qualité et gestion des risques et de celle de l'adjointe de direction sont en projet et ne sont pas validées. Par ailleurs, il n'y a pas de fiches de postes au delà des référentiels métiers énoncés dans la convention collective applicable.	2a

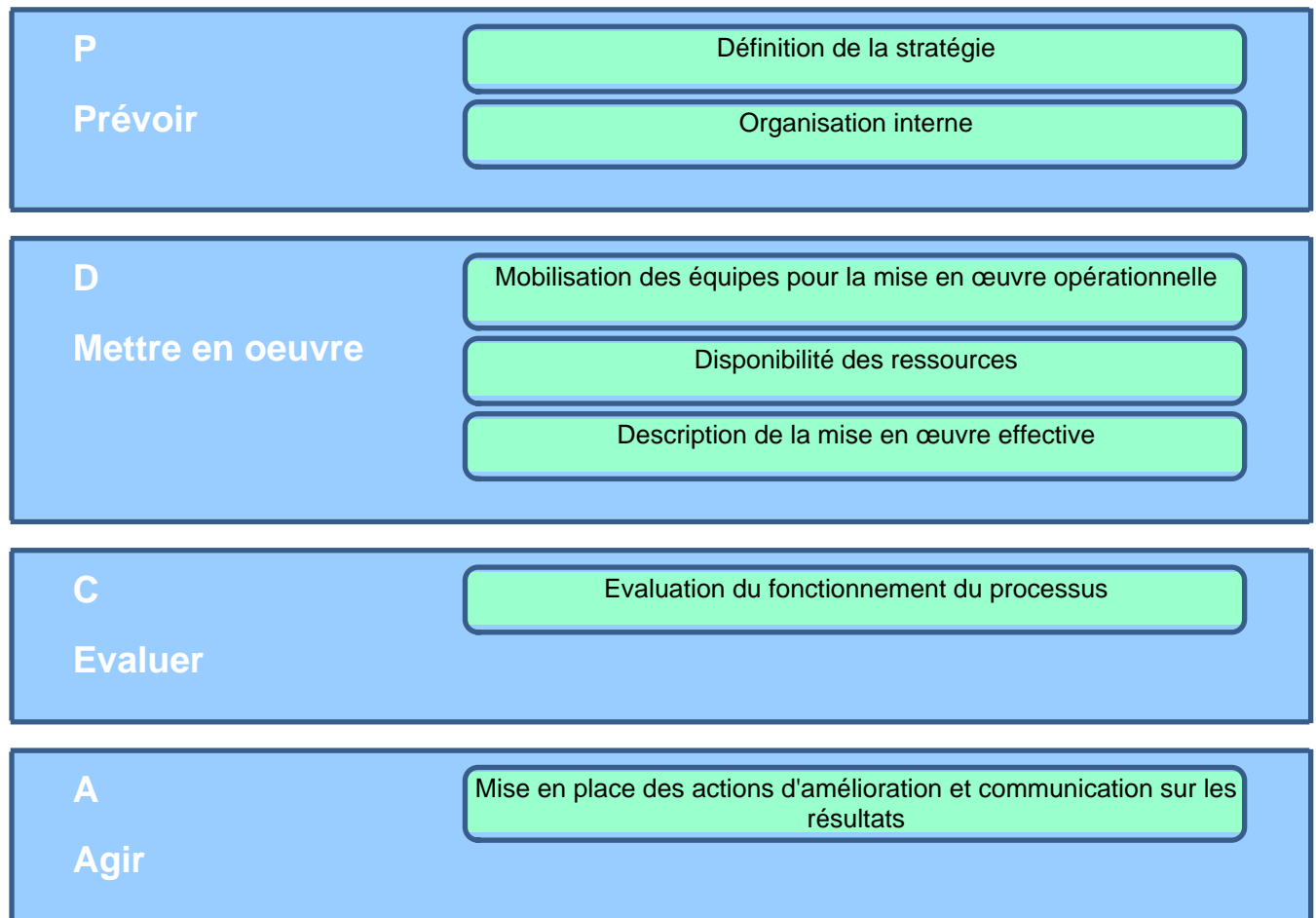
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique intitulée "Éthique et droits des patients" intègre des objectifs et axes de travail pour les deux années à venir. Ils sont déclinés dans la rubrique "actions" du Plan d'Amélioration de la Qualité" (PAQ). Cinq objectifs concerne la thématique droits des patients. La cartographie des risques a été fortement orientée par la recommandation sur la bientraitance émise lors de la certification V2010 et d'une analyse des événements indésirables déclarés dans l'année précédent la visite V2014. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le programme d'actions est décliné en collaboration avec la CRUQPC, et la participation d'un représentant des usagers et un représentant des patients actuellement hospitalisé. Le PAQ 2015 a été présenté en CME en avril 2015 avec le bilan de la CRUQPC. La stratégie de communication est décrite dans la politique qualité et gestion des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un binôme monitrice-éducatrice et assistante sociale pilote le processus droits des patients. Une fiche d'identité d'un processus reprend de façon synthétique le rattachement du processus avec les critères du manuel et les cotations V2010, les grandes étapes, les actions déjà conduites et les indicateurs spécifiques, elle sert de tableau de bord de suivi au binôme pilote du processus. Un pilote est identifié pour chaque action, un échéancier défini. Il est prévu leur réalisation dans le courant de l'année 2015. L'établissement a identifié les ressources humaines nécessaires pour la prise en charge des patients. Il existe un plan de formation annuel sur l'établissement. Le pilote monitrice-éducatrice a suivi une formation sur la bientraitance en 2012 avec l'engagement d'une demande de certification d'ici fin 2015. L'adjointe de direction, cadre de santé, a dispensé des actions de sensibilisation en direction de tous les personnels au cours de réunions hebdomadaires et cliniques. Une information des patients a eu lieu, une information a été transmise via le bulletin qualité mensuel "Flash Infos Qualité" transmis aux professionnels avec le bulletin de salaire, un affichage réalisé. Le processus documentaire a été étoffé : écriture d'une charte de la bientraitance, formalisation des modalités de signalements de cas de maltraitance en direction des professionnels et des patients. Le livret d'accueil du patient "Bonjour" a été actualisé, il intègre la charte de bientraitance, le questionnaire de satisfaction des patients a été récemment actualisé, des items concernant le respect des droits, la confidentialité, l'intimité du patient y figurent désormais. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Au sein de la CRUQPC la coordination entre les professionnels de différents métiers est assurée puisque un moniteur d'atelier en réinsertion professionnelle et une infirmière sont membres de droit. La gestion de la documentation est double: une gestion documentaire mise en ligne et qui se développe, une gestion papier dans les services, un "flash info qualité" faisant état des résultats des différents groupes de travail mise en place pour la certification V2014 papier et informatisé

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ensemble des professionnels est sensibilisé dans sa pratique aux enjeux du respect des droits des patients et à la promotion de la bientraitance. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les professionnels sont informés des travaux du groupe en charge du processus droits des patients auquel ils participent. Les réunions mensuelles entre professionnels et entre patients sont le lieu d'échanges sur la thématique. Une EPP a démarré depuis 2011 sur "identifier et traiter les situations de maltraitance institutionnelle". Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La copilote monitrice éducatrice a suivi une formation certifiante bientraitance en 2012 dont le renouvellement est engagé pour fin 2015. La gestion documentaire est accessible sur le réseau informatique de l'établissement, les documents, notamment le suivi des plan d'actions y sont actualisés. Les conditions d'hébergement des patients respectent l'intimité et la confidentialité, il n'y a que des chambres seules. Du fait de la durée d'hospitalisation, il a été réfléchi entre les professionnels et la CRUQPC la mise à

disposition d'une chambre double permettant l'hébergement d'un couple.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation en place met en œuvre le plan d'actions défini, en étroite articulation avec la CRUQPC et la participation du patient représentant des usagers hospitalisés. Avant l'admission, le patient reçoit des informations la convention de mise en situation professionnelle, la charte de bientraitance, le document de désignation de la personne de confiance, un document concernant le dommage lié aux soins ainsi que des informations sur le bénéfice/risque d'une hospitalisation dans le centre de réadaptation, avec une reprise de ces informations lors de l'admission. Une attention particulière est apportée sur le respect des libertés individuelles pour ces patients sortant de services de psychiatrie et qu'il faut aider à une réinsertion dans la vie courante. Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Dès l'accueil, le patient prend connaissance du référent médical et soignant qui lui ont été attribué pour la durée d'hospitalisation pouvant dépasser l'année, l'interface entre les professionnels et les patients est assurée par la mise en place de longue date des réunions mensuelles de vie collective et la participation du représentant des patients au sein de la CRUQPC. Les patients assistent à des réunions mensuelles de vie collective. C'est l'occasion de faire remonter leur avis. Selon le cas, lorsqu'il s'agit de dysfonctionnements, ils sont traités comme des événements indésirables. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des droits des patients est spécifique au centre, elle suit le parcours de prise en charge du patient. En effet, le patient renseigne un questionnaire au début de son hospitalisation (questionnaire "avant"), un questionnaire en fin de prise en charge, avant la sortie (questionnaire "après") pour évaluer l'ensemble de son parcours de soin. Un questionnaire de satisfaction à la sortie ainsi qu'une enquête téléphonique 6 mois après la sortie complète ce dispositif d'évaluation et permet également de faire le bilan de l'adaptation du patient à l'extérieur. L'EPP sur la bientraitance se poursuit par la mise en place d'une fiche de vigilance et de réunions d'échange sur les situations ayant pu mettre mal à l'aise, une deuxième réunion est prévue d'ici la fin de l'année (2 réunions minimum par an). Des enquêtes "spontanées" sur des points de la vie quotidienne sont conduites auprès des patients (ce qui a permis par exemple le choix de matériel adapté en atelier, le besoin de places de parking pour les patients en possession d'un véhicule, des outils pour l'entretien des locaux...). Le plan d'actions intègre les résultats de l'ensemble des évaluations conduites, un point d'étape est actualisé dans la fiche d'identité du processus. Des indicateurs de suivi sont disponibles sur un tableau de bord dynamique. Le plan d'actions d'amélioration intègre les indicateurs de suivi, un état d'avancement est inclus dans la fiche d'identité du processus, mise à disposition dans la gestion documentaire interne.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le PAQ est également discuté et validé en COPIL Qualité et gestion des risques. Le suivi est assuré par le binôme pilote du processus. Il est discuté et validé en CRUQPC et en CME. Des 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. Le système de diffusion se fait par l'intranet de l'établissement dans la rubrique "gestion documentaire", par le "flash infos qualité" mensuel et par les réunions médico éducatives, sous la responsabilité des pilotes du processus et de la responsable qualité. Les réunions réalisées entre les professionnels soignants et les patients sont également l'occasion de diffuser les résultats des actions conduites qui les concernent. Le suivi des plans d'actions ainsi que leurs résultats sont disponibles aux professionnels et aux patients (pour ces derniers sur un panneau d'affichage et oralement en réunion). Le PAQSS est actualisé lors des COPIL, les actions y figurent, pour celles qui sont en cours, le PAQ a été actualisé en février 2015.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

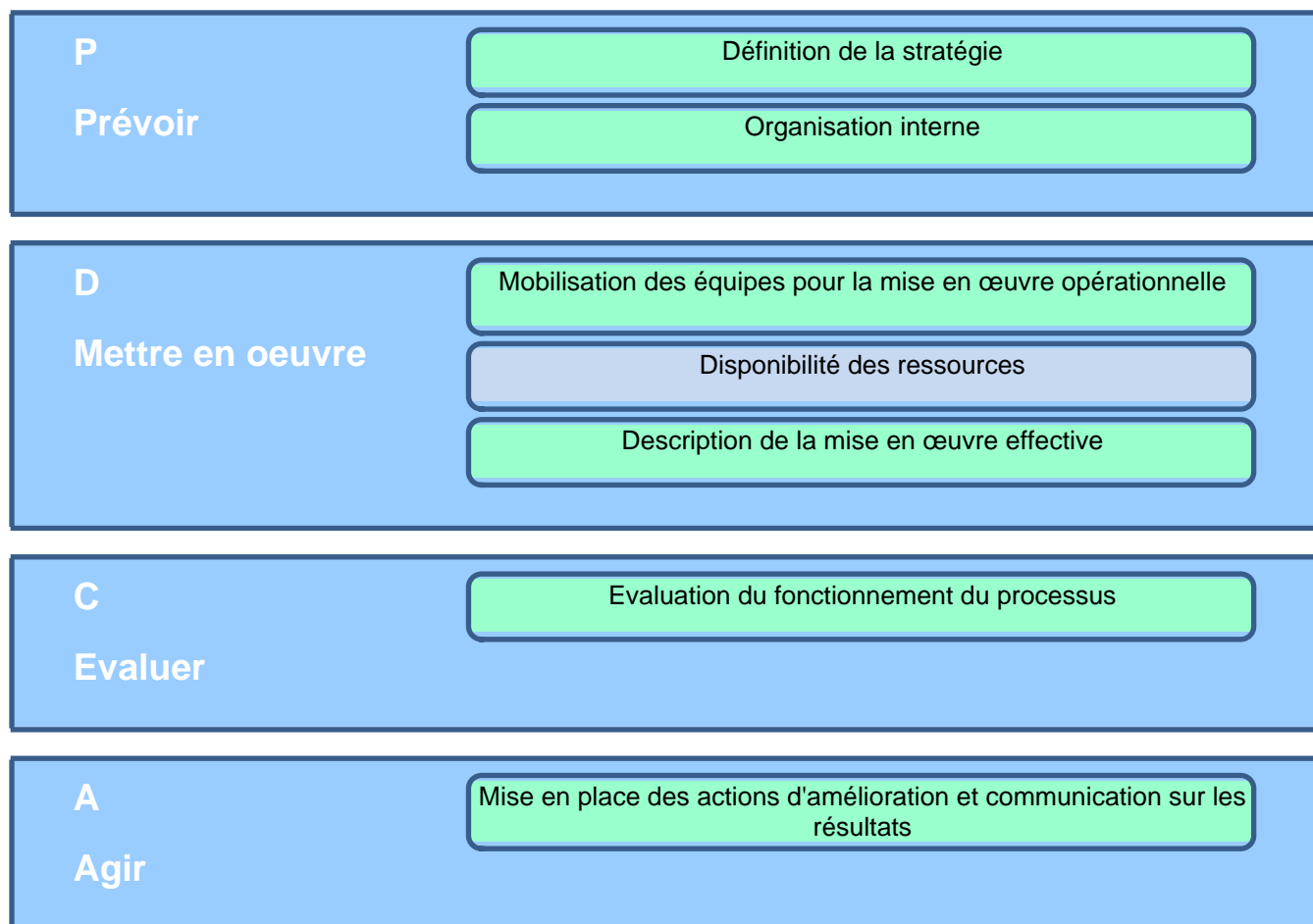
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. L'établissement a réalisé une analyse des risques propres au parcours patient dans le cadre de la préparation de la certification V2014. Dans le compte qualité, ont été priorisés : le risque suicidaire, la prise de toxique (alcool et cannabis), l'accueil du patient aux ateliers, le risque lié au traitement. Pour l'ensemble de ces risques, des actions d'amélioration ont été identifiées et un plan d'actions est en cours.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un binôme (adjointe de direction et médecin psychiatre) pilote le processus "parcours du patient", validé par le CODIR. Le binôme a également été validé en COPIL Qualité et gestion des risques et en CME. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. A la suite d'une recommandation émise lors de la certification V2010 sur la continuité des soins, deux infirmiers assurent la continuité de la prise en charge la nuit. Il existe un "pool" de remplacement parmi des professionnels en CDD pour les absences. Un tableau d'astreinte est prévu pour les astreintes administratives et pour l'astreinte des médecins. Cette dernière est organisée avec les 2 médecins psychiatres qui orientent si besoin vers les médecins de la maison médicale de ville. Une convention est signée avec respectivement le centre hospitalier de Figeac pour les urgences somatiques et avec le centre hospitalier d'Aurillac pour les urgences psychiatriques. Le processus de prise en charge du patient au centre est structuré en 3 étapes : la première consiste en l'analyse du dossier de demande d'admission du patient en amont de la prise en charge. Une visite d'admission du patient est ensuite organisée avec la présentation au patient des objectifs de la prise en charge, une visite de l'établissement en présence des professionnels (équipe médico éducative), une rencontre avec le médecin ensuite. La 3ème étape consiste en l'admission du patient et le choix d'un atelier. Le parcours de soin des patients est formalisé depuis la demande d'admission jusqu'à la sortie avec des attentions particulières compte tenu de la spécificité psychiatrique. Une organisation est en place pour assurer la prise en charge des urgences vitales. Tous les professionnels sont formés aux gestes d'urgence. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les ressources humaines sont diversifiées et complémentaires pour l'efficacité de la réalisation du projet de soin individualisé. Plusieurs corps de métiers sont mobilisés et se coordonnent entre eux. Il existe une synergie de compétences entre les infirmières et les éducateurs spécialisés dans certaines activités de soins, les transmissions dans le dossier de soin sont communes. Un "sac d'urgence" est situé dans l'infirmierie du service, un défibrillateur dans 3 lieux distincts. Il est mis à disposition des patients l'accès aux loisirs du centre de vacances proche : piscine, spa mais aussi spectacles. Un espace internet est à disposition avec plusieurs postes informatiques. Tous les professionnels, soignants et non soignants ont été formés aux gestes d'urgence, AFGSU pour les professionnels soignants, AFGSU 2 pour les infirmiers. Les professionnels ont accès aux protocoles, processus, modes opératoires, fiches techniques ainsi qu'aux processus de l'établissement, au plan d'actions d'amélioration et à son suivi. Les modalités d'accès sont connues.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le projet de soin de la structure concerne la réadaptation des patients psychiatriques pour une insertion dans la vie courante. Pour cela un projet de soin est élaboré depuis l'admission, intégrant la participation

à des ateliers : cuisine, ménage, entretien des espaces verts. En plus des ateliers cuisine, ménage et espaces verts, il y a les ateliers service et lingerie. Dès l'accueil, le patient signe la convention de mise en situation professionnelle structure du projet de soin individualisé et qui l'engage dans un atelier thérapeutique. Le service met en œuvre le protocole de prise en charge du patient durant un mois dans une "unité d'accueil". Il s'agit d'une unité de lieu et d'évaluation. Une synthèse est effectuée, l'orientation du projet de soin individualisée du patient est soit confirmée, soit une réorientation est décidée en équipe médico éducative. Des grilles de synthèses médicales, sociales, éducatives et d'atelier sont renseignées et archivées dans le dossier papier du patient. Chaque patient a un référent médical et un référent soignant ou éducatif nommé à son entrée et qui le suivra durant tout le temps de son hospitalisation qui peut durer jusqu'à 30 mois. Le volet somatique du patient est assuré par le médecin psychiatre sur son temps de présence, une attention particulière est portée sur la prise en compte de la douleur du patient, au minimum 2 entretiens sont organisés dès la plainte du patient, la dénutrition est suivie en relation avec le CLAN, des repas thérapeutiques et à thème sont organisés. Des actions d'éducatives thérapeutiques sont organisés sur plusieurs thèmes dont l'autonomie du patient à la prise de son traitement. Le risque suicidaire est pris en compte en amont de l'admission. Le patient à risque est particulièrement surveillé au cours de sa période dans l'unité d'accueil avec un encadrement de proximité. Il en est de même pour les patients en contrats de soins qui sont accompagnés systématiquement par un professionnels soignant lors des sorties. Les troubles nutritionnels sont pris en compte par le CLAN, une action d'éducation thérapeutique est en place avec la confection de repas thérapeutique. le poids la taille et l'IMC sont recueillis à l'entrée et contrôlés tous les mois. Des réunions hebdomadaires cliniques sont organisées pour la continuité de la prise en charge , les comptes rendus sont tracés dans chaque dossier des patients, un bilan semestriel (ou selon le cas annuel) a lieu en présence du patient, de sa famille et /ou son tuteur avec la présence de tous les professionnels soignants , éducateurs, assistante sociale, adjointe de direction, il prépare le devenir du patient. Les patients en situation de précarité sociale sont suivis et orientés par l'assistante sociale. La préparation à la sortie se construit tout au long du séjour, l'objectif de la prise en charge dans la structure étant le retour du patient vers l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. C'est l'évolution du patient tout au long de sa prise en charge qui oriente la sortie en fonction des acquis des habiletés sociales indispensables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'établissement organise un audit des dossiers et recueil de nombreux indicateurs : prescription médicale, douleur, trouble nutritionnel auxquels il rajoute des indicateurs sur la traçabilité des informations. 5 EPP sont conduites sur le parcours du patient : harmonisation des pratiques des moniteurs, formalisation de la prise en charge en atelier, harmonisation des pratiques des IDE, sortie thérapeutique, projet de réadaptation individuel. Depuis 2014, un audit a été réalisé en atelier, elle a été l'occasion de l'EPP "harmonisation des pratiques en atelier et formalisation de la prise en charge", une fiche de synthèse a été mise en place à la suite pour la traçabilité des bilans effectués. Une évaluation du devenir du patient après hospitalisation est réalisée 6 mois après sa sortie à l'aide d'une grille d'entretien téléphonique, pour évalue en partie la pertinence de l'orientation à la sortie, elle est archivée dans le dossier du patient.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le COPIL Qualité et Gestion des risques valide les actions. L'établissement exploite les questionnaires "avant", "après " hospitalisation afin de réajuster le projet thérapeutique. La fiche de synthèse par processus et la fiche d'identité du processus intègre un tableau de bord de suivi des actions et des indicateurs. Les professionnels sont ainsi informés des actions achevées, des actions en cours en 2014 et programmées pour 2015, des résultats des audits, des indicateurs et de la planification des évaluations à conduire, mis à jour par la responsable qualité. Des 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. Les documents concernant le processus "parcours patient" sont consultables dans la base documentaire. Du fait de la taille de l'établissement, la communication est aisée au travers en grande partie des réunions hebdomadaires. Un bulletin d'information qualité "Le flash infos qualité" édité chaque mois, informe de l'avancée des actions des différents processus audités. Les instances sont informés pour les domaines concernés (CLUD, CLAN, CRUQPC...), et validés en CODIR et en CME

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

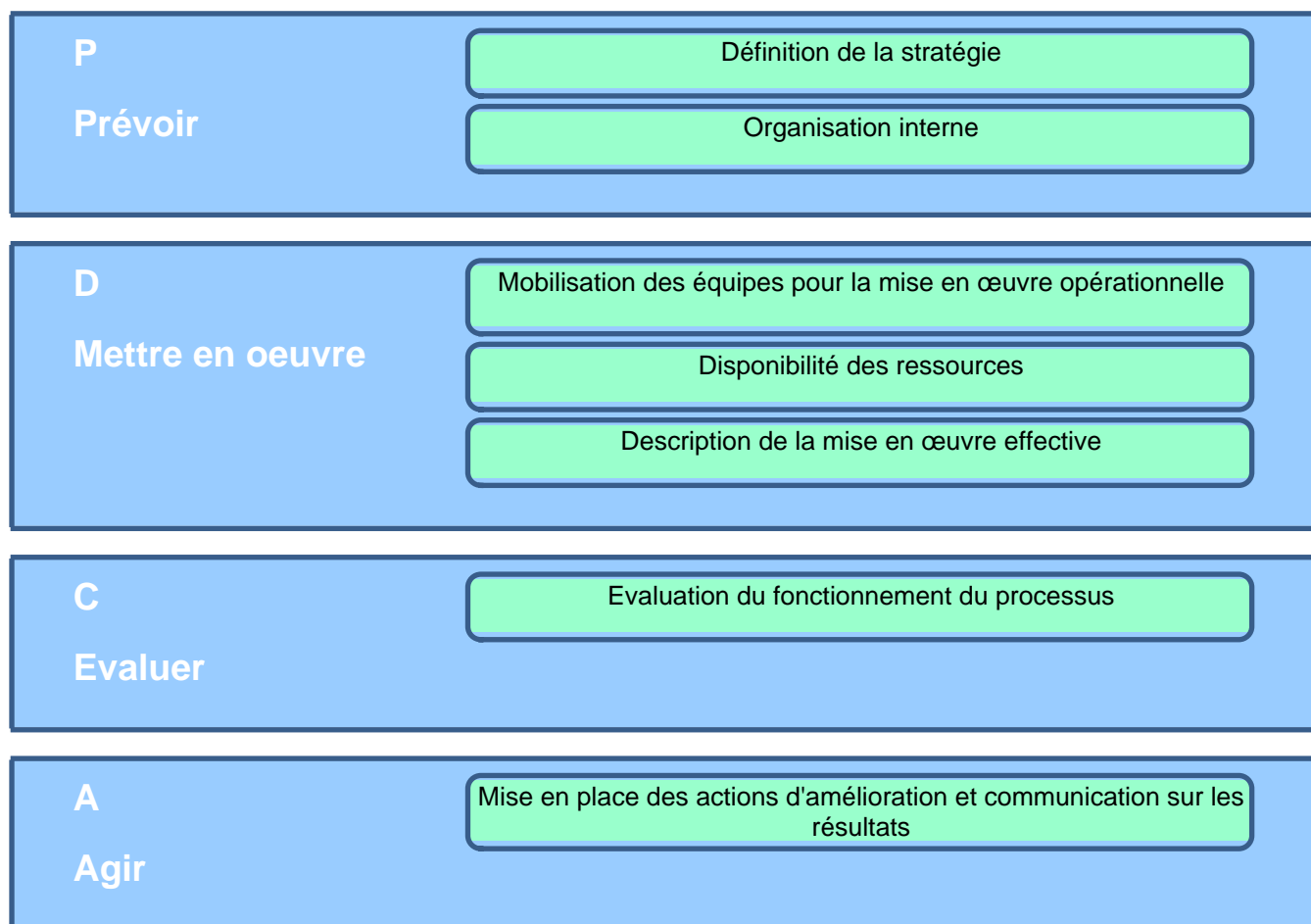
DOSSIER PATIENT

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

Les objectifs de l'établissement ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte de l'établissement. Dans le compte-qualité, on trouve différentes évaluations concernant le dossier patient. Un audit a été régulièrement mené en 2008, 2009 et 2010. Dans le cadre de préparation V2014, l'établissement a réalisé un auto-diagnostic en utilisant l'outil d'auto-évaluation de la HAS. Une cartographie des risques spécifiques au dossier patient a été jointe au compte qualité. L'objectif principal, qui est l'informatisation du dossier, a été validée par le conseil d'administration. Cet objectif est inclus dans le projet d'informatisation global. Une étude d'informatisation du dossier patient est cours. Elle est menée par un directeur et l'adjointe de direction. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Ce pilotage se situe à deux niveaux. Un premier niveau stratégique, composé du directeur et de l'adjointe de direction, et le deuxième niveau piloté de manière opérationnelle par la secrétaire médicale. Les pilotes stratégiques ont la responsabilité du projet d'informatisation. Un des directeurs et l'adjoint de direction sont en charge de la définition des besoins en lien avec les prescripteurs, de la préparation du cahier des charges, de la rencontre avec d'éventuels prestataires, des relations avec les financeurs. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires. Dans sa forme actuelle le dossier est au format papier. Les dossiers sont entreposés dans le bureau de la secrétaire médicale. L'archivage est prévu en deux lieux différents. Les dossiers des patients sortis durant l'année en cours sont gardés dans le secrétariat médical et les dossiers des années antérieurs dans un local d'archive au sous-sol. Un protocole a été élaboré à cet effet. Toutefois, le personnel "non professionnel de santé" a un accès direct au dossier médical papier des patients. En effet, l'assistante de service social (ASS), le moniteur-éducateur (ME) et la conseillère en économie sociale et familiale (CESF) viennent au secrétariat médical pour assurer la traçabilité de leur prise en charge. L'ensemble du personnel a accès au bureau de la secrétaire médicale qui s'ouvre avec un passe en raison de la présence dans ce bureau de l'armoire du Dispositif de Sécurité Incendie (DSI). En l'absence de la secrétaire médicale, les professionnels sociaux et/ou éducatifs accèdent à l'armoire des dossiers patients, la clé de cette armoire étant cachée au secrétariat médical. Différents types de supports sont prévus : check-list, protocoles, logigrammes. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. La mobilisation des équipes se fait au plus près de celles-ci lors des différentes réunions institutionnelles. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). L'adjointe de direction communique auprès de l'équipe sur la politique du dossier du patient, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution. Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et autres documents, aux évaluations du dossier du patient, à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, au traitement des plaintes et réclamations. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions ciblées sont utilisées pour que la conformité des pratiques corresponde aux attendus : par exemple la note de service 2015-3 concernant l'accès au local archives des dossiers patients. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles dans les secteurs d'activité. La formation du personnel en matière de dossier patient se fait essentiellement par le biais des différentes réunions institutionnelles. Sur le plan matériel, c'est à la secrétaire médicale que revient la charge de constituer les différents sous-dossiers qui composent le dossier unique papier. Une armoire ignifugée fermant à clé a été mise à disposition. Le système documentaire est sous deux formats: papier et informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les éléments en lien avec la prise en charge du patient sont tracés. Les délais d'accès (hospitalisations de plus de 5 ans et

hospitalisations de moins de 5 ans) du dernier bilan annuel (2013) sont conformes aux dispositions réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dossier patient se fait à partir de plusieurs sources: réunions, réunions du COPIL qualité, analyse a posteriori des fiches d'évènements indésirables. L'établissement réalise l'évaluation des délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation au travers d'audit de dossiers patients. L'établissement a réalisé un audit en 2014, avec une première mesure en octobre et une deuxième mesure en décembre. Ce qui a permis la mise en place d'indicateurs locaux. Bien que non soumis aux IQSS nationaux, l'établissement recueille les indicateurs nationaux concernant le dossier patient. Concernant le dossier patient, un audit a été mené en 2014, avec une première mesure en octobre et une deuxième mesure en décembre. L'évaluation du délai d'accès du patient à son dossier se fait annuellement à l'occasion du bilan annuel de la CRUQPEC.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La priorité des actions d'amélioration du dossier patient reste son informatisation. Sa programmation est planifiée: début de l'action janvier 2017 fin de l'action décembre 2018. En attendant des actions d'amélioration sont réalisées concernant la traçabilité et la disponibilité des données à tous les moments de la prise en charge. Des 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. La communication en interne se fait par le bulletin mensuel ou bimensuel flash infos qualité joint aux bulletins de salaire, l'affichage d'information, les bilans et rapport des instances disponibles dans la "gestion documentaire". En externe, l'établissement communique par le biais de son site internet.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>Le personnel "non professionnel de santé" a un accès direct au dossier médical papier des patients.</p> <p>L'assistante de service social (ASS), le moniteur-éducateur (ME) et la conseillère en économie sociale et familiale (CESF) viennent au secrétariat médical pour assurer la traçabilité de leur prise en charge.</p> <p>L'ensemble du personnel a accès au bureau de la secrétaire médicale qui s'ouvre avec un passe en raison de la présence dans ce bureau de l'armoire du Dispositif de Sécurité Incendie (DSI). En l'absence de la secrétaire médicale, les professionnels sociaux et/ou éducatifs accèdent à l'armoire des dossiers patients, la clé de cette armoire étant cachée au secrétariat médical. Ils ont alors accès direct et sont en contact physique avec le dossier médical papier alors qu'ils ne sont pas professionnels de santé.</p>	10c

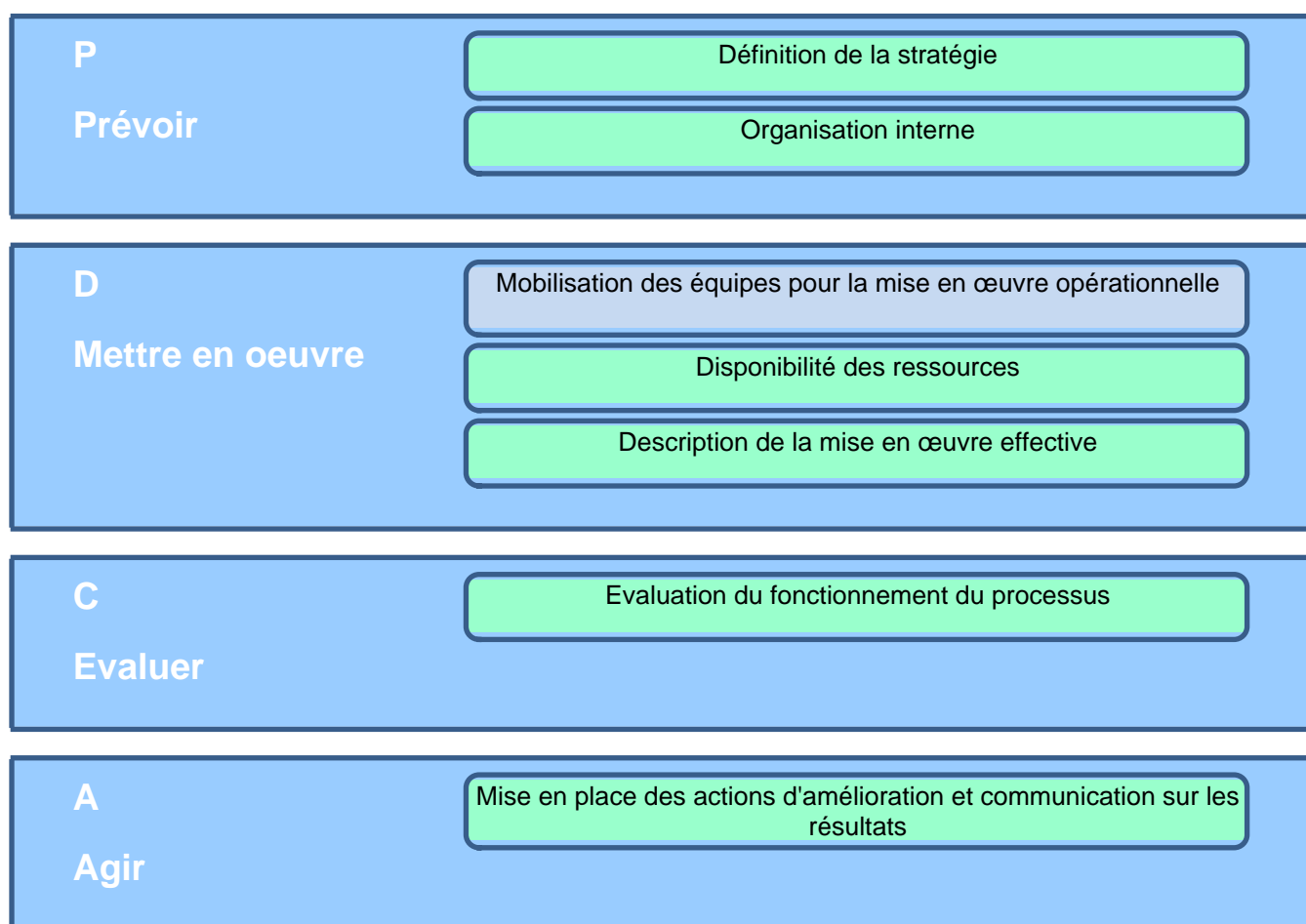
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse a été actualisée fin 2014 et validée en mars 2015, après un audit du circuit du médicament effectué avec l'outil de l'OMEDIT de la région Auvergne. La cartographie du risque médicamenteux a été élaborée dans le cadre du compte qualité par le COMEDIMS. Même si l'établissement n'est pas soumis à établir un Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM), il a été formalisé et tient compte des risques identifiés dans la cartographie du CQ. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le plan d'actions d'amélioration a été décliné à partir des objectifs définis dans la politique de prise en charge médicamenteuse. Un tableau récapitulatif indique le pilote de chaque action ainsi qu'un échéancier, l'indicateur de suivi et l'état d'avancement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage du processus de management de la prise en charge médicamenteuse du patient est assuré par un binôme constitué de l'adjointe de direction, cadre de santé, cadre de santé supérieur et de l'infirmier référent pharmacie du service. Les rôles sont identifiés et formalisés dans la politique de prise en charge médicamenteuse. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Le circuit du médicament est protocolisé. Les règles et supports de prescription font l'objet d'une fiche technique qui décrit toutes les étapes du circuit du médicament (politique qualité de la PECM). La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les interfaces avec les établissements adresseurs sont organisées par les fiches de demande d'admission et le patient est hospitalisé avec son ordonnance de départ qui est reprise par le médecin de la structure qui l'accueille pour assurer la continuité du traitement. L'établissement a contractualisé avec les officines de ville chacune à tour de rôle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). L'adjointe de direction a sensibilisé l'ensemble des infirmières du centre. Des actions ont lieu lors de la journée nationale sur la sécurité du patient. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les améliorations des pratiques sont centrées notamment sur la traçabilité. Les infirmières ont été impliquées dans les actions d'amélioration sur le circuit du médicament. L'audit, conduit avec l'outil de l'OMEDIT de la région Auvergne, avait mis en évidence le risque de manque de traçabilité de la distribution du médicament au patient, un rappel des bonnes pratiques a été organisé et diffusé. Les plans d'actions sont appropriés par les infirmières. L'équipe a été à l'origine d'une demande d'harmonisation des pratiques, les IDE ont initié une EPP sur le sujet fin 2014.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Une armoire à pharmacie est installée dans un local de l'infirmier fermé à clé. Une documentation est mise à disposition dans l'Intranet, la politique qualité détaille le circuit du médicament et fait référence aux protocoles et fiches techniques qui s'y rattachent. Une infirmière a suivi la formation en 2014 sur les risques d'erreurs médicamenteuses.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le secteur d'activité connaît et met en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les prescriptions sont conformes. L'ordonnance a été revue d'une part pour permettre la conformité de la prescription médicale par le médecin et d'autre part éviter les retranscriptions par les infirmières. La traçabilité de la dispensation des médicaments par le pharmacien, ainsi que la possibilité de rajout d'une consigne par le

médecin sont des items qui ont été rajouté. Le pharmacien d'officine assure l'analyse complète des ordonnances, il existe un système informatisé dans son officine qui lui permet d'alerter le médecin ou les infirmières au besoin (cas d'interaction médicamenteuse, allergie, dosages..), en temps réel. Le patient est informé sur le bon usage des médicaments, c'est un objectif du projet individualisé de soin qui lui est annoncé dès l'entrée pour leur autonomisation. Toutefois, la traçabilité de la distribution/administration n'est pas toujours assurée. En effet, dans plusieurs dossiers la trace de la distribution et/ou administration par l'IDE n'est pas retrouvée, ce que confirme investigation par patient-traceur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Un tableau de bord dynamique d'indicateurs et de suivi est élaboré pour le processus dans son ensemble. Un rythme d'évaluation est défini à partir de 2015, tous les ans ou tous les 2 ans. L'établissement collige les IQSS tous les deux ans sur les dossiers des patients. Il est prévu une présentation annuelle des résultats en COMEDIMS. Des bilans réguliers sont effectués au travers d'un plan d'audits présentés sous la forme d'un tableau de bord dynamique, des indicateurs de suivi sont identifiés, les échéances des audits sont prévues sur deux ans. Ils sont présentés en COMEDIMS et CODIR. L'établissement suit également des indicateurs de coûts, de volume en relation avec le pharmacien d'officine. Des retours d'expérience (REX) sont organisés depuis octobre 2014, sur les 13 événements indésirables déclarés sur l'année avec l'outil des " 5 pourquoi". Les bilans et les indicateurs sont également présentés en COPIL Qualité et gestion des risques et CME.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des 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. Les résultats sont présentés au pharmacien d'officine puisqu'il est membre du COMEDIMS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité de la distribution/administration n'est pas toujours assurée. Dans plusieurs dossiers la trace de la distribution et/ou administration par l'IDE n'est pas retrouvée, ce que confirme investigation par patient-traceur.	20a bis

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management stratégique, gouvernance	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La conférence médicale d'établissement (CME) n'assure pas toutes ses prérogatives. Elle ne joue pas tout son rôle et n'assume pas toutes ses missions telles que prévues par les dispositions de l' article L 6161-2 du Code de la Santé Publique (CSP) et des articles R 6164-1 à R6164-5 du même code en matière de politique médicale, de projet médical, de CPOM, de prévisions annuelle d'activité, d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	1a
Management de la qualité et des risques	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La fiche de poste de la responsable qualité et gestion des risques et de celle de l'adjoite de direction sont en projet et ne sont pas validées. Par ailleurs, il n'y a pas de fiches de postes au delà des référentiels métiers énoncés dans la convention collective applicable.	2a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Le personnel "non professionnel de santé" a un accès direct au dossier médical papier des patients. L'assistante de service social (ASS), le moniteur-éducateur (ME) et la conseillère en économie sociale et familiale (CESF) viennent au secrétariat médical pour assurer la traçabilité de leur prise en charge. L'ensemble du personnel a accès au bureau de la secrétaire médicale qui s'ouvre avec un passe en raison de la présence dans ce bureau de l'armoire du Dispositif de Sécurité Incendie (DSI). En l'absence de la secrétaire médicale, les professionnels sociaux et/ou éducatifs accèdent à l'armoire des dossiers patients, la clé de cette armoire étant cachée au secrétariat médical. Ils ont alors accès direct et sont en contact physique avec le dossier médical papier alors qu'ils ne sont pas professionnels de santé.	10c
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité de la distribution/administration n'est pas toujours assurée. Dans plusieurs dossiers la trace de la distribution et/ou administration par l'IDE n'est pas retrouvée, ce que confirme investigation par patient-traceur.	20a bis