



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE REEDUCATION
NEUROLOGIQUE
MUTUALISTE PROPARGA**

263 rue du caducee
Parc euromedecine
34090 Montpellier

JUIN 2018

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. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
4. 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	16
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE REEDUCATION NEUROLOGIQUE MUTUALISTE PROPARG	
Adresse	263 rue du caducee 34090 Montpellier
Département / région	HERAULT / OCCITANIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	340013028	UNION MUTUALISTE PROPARG	263 rue de caducee Parc euromedecine 34090 Montpellier
Etablissement de santé	340001064	CENTRE DE REEDUCATION NEUROLOGIQUE MUTUALISTE PROPARG	263 rue du caducee Parc euromedecine 34090 Montpellier

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	60	8

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf fiche interface
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

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 (A).

2. 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.

3. 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.

4. 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 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	SSR temps complet	blessé médullaire phase précoce de prise en charge	filière	simple	SSR
2	Adulte	SSR HDJ	patient porteur d'une SEP	médecin traitant	simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

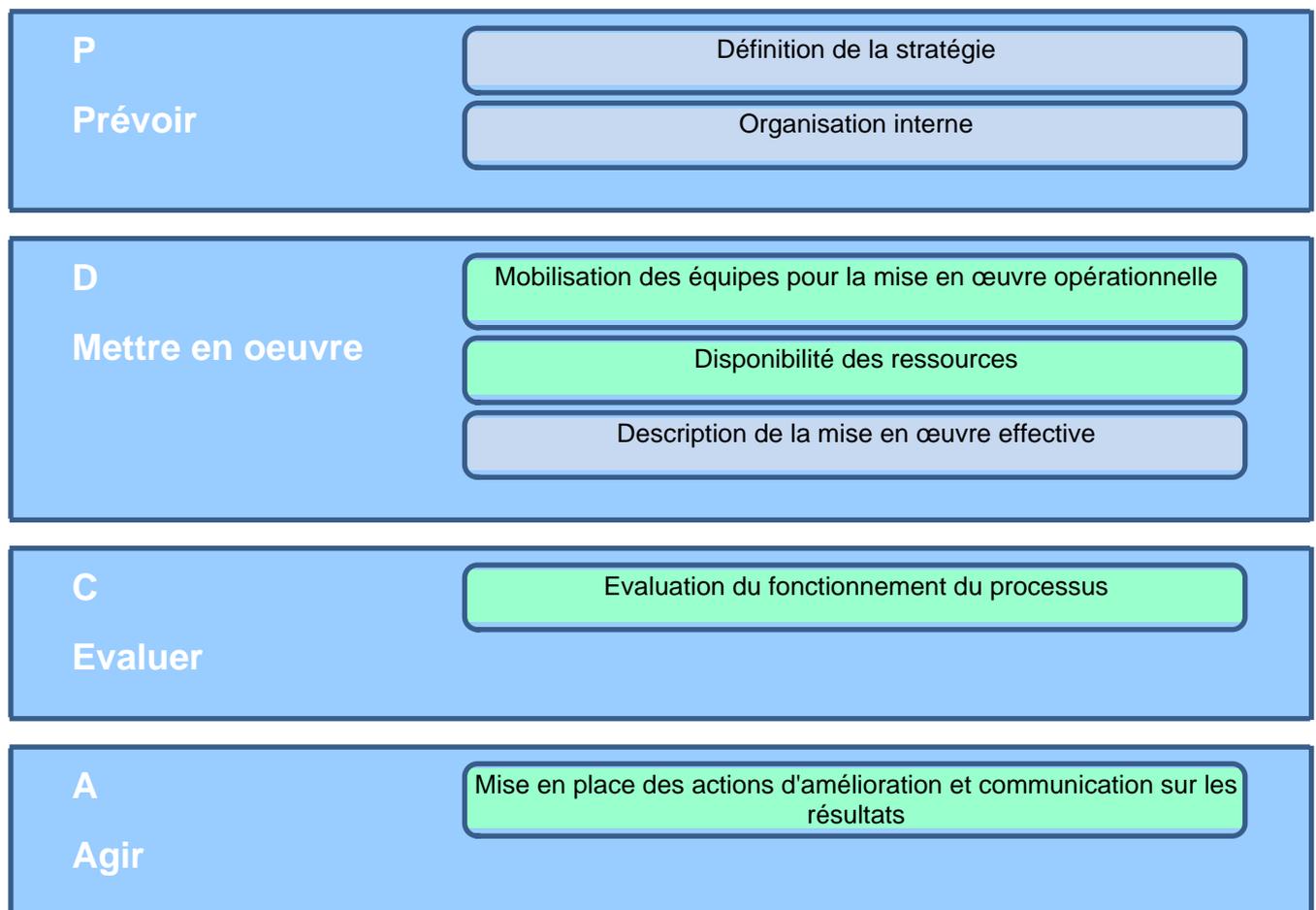
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), le Centre Mutualiste Neurologique Propara (CMNP) géré par l'Union Mutualiste PROPARA est un établissement de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) disposant de trois autorisations, (SSR polyvalent, affections du système nerveux, affections du système locomoteur). Ce Centre est en outre hyper spécialisé dans la prise en charge, qualifiée de complexe, des blessés médullaires et notamment des patients tétraplégiques. Il dispose enfin en son sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée. Le recrutement porte sur des patients de Montpellier, de la région Occitanie et hors région. L'investissement du Centre dans la recherche clinique en lien avec son hyper-spécialisation est à souligner.

La gouvernance du Centre Mutualiste Neurologique Propara (CMNP) a connu de profonds changements depuis la dernière certification (départ de l'équipe dirigeante fin 2014 et changement d'organisation notamment du management de la Qualité Gestion des risques). Ces évolutions ont conduit dans le cadre d'un dialogue interne à instaurer une synergie entre la composante managériale et celle opérationnelle notamment pour sa démarche Qualité Gestion des risques.

Six orientations stratégiques 2015-2020 ont été définies et traduites dans la politique Qualité-Gestion des Risques en six axes prioritaires d'amélioration continue, (La Qualité, La Gestion des Risques, Les droits du patient, Les innovations - nouvelles prises en charge et développement des compétences, La santé - sécurité et Qualité de Vie au Travail, Le Développement Durable). Ces axes sont déclinés autour de 23 engagements.

La stratégie de l'établissement prend en compte les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise (actualisation du Plan Blanc fin 2016).

Les Représentants des Usagers sont associés à l'élaboration de la politique Qualité-Gestion des Risques et à sa mise en œuvre dans le cadre de la CDU. Ils sont présents dans d'autres instances comme le CLAN, CLUD et CLIN.

L'établissement a établi une analyse des risques a priori en définissant une carte d'identité de chaque processus décliné de la V2014. La cartographie des risques ainsi définie a permis à partir des données mobilisées et de la matrice de criticité de la HAS, de hiérarchiser les risques de la structure et d'intégrer ceux jugés prioritaires dans le Compte Qualité. L'établissement a mobilisé les professionnels dans l'élaboration du Compte Qualité.

L'établissement a identifié ses objectifs prioritaires en matière de Management QGDR, à savoir, disposer d'indicateurs de pratique clinique pertinents et de reconnaissance des activités majeures, garantir l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques par les professionnels, garantir une culture QGDR dans chaque secteur d'activité, garantir l'accès sécurisé et fiable à la documentation qualité, garantir une gestion de crise opérationnelle.

Les plaintes et réclamations, les événements indésirables, le bilan des RMM et des CREX, le taux de lecture de la Gestion Electronique Documentaire (GED),..., sont pris en compte dans l'élaboration du compte qualité, de même que les indicateurs hôpital numérique.

Parallèlement, l'engagement du CMNP dans la culture de signalement et de gestion du risque s'est matérialisé dans une charte d'incitation au signalement interne signée par la direction en 2015. Elle est portée à la connaissance des usagers et des professionnels. De même, une charte d'engagement de la CME dans l'Évaluation des Pratiques professionnelles (EPP) a été instituée.

L'établissement a formalisé à partir de 2016 son programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Il est structuré par processus et couvre l'ensemble des domaines attendus. Le PAQSS comporte les actions en lien avec les objectifs définis, les pilotes, les échéances et l'état d'avancement. La stratégie, validée par les instances concernées (CME et instances thématiques, CA, CDU, COPIL QGDR), est donc déclinée dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le CMNP s'est organisé pour piloter le processus «Management QGDR». Le niveau stratégique du pilotage est assuré par le Directeur Général, la Présidente de la CME, le médecin MPR Gestionnaire des Risques Associés aux Soins (GDRAS), la cadre générale de coordination des soins et de rééducation et la

pharmacienne. Le niveau opérationnel, est piloté par la cadre générale de coordination des soins et de rééducation en lien avec la chef de projet et la qualitiennne.

Les pilotes de ce processus sont formés à la Qualité et à la Gestion des risques.

Afin de mettre en œuvre, sur un mode participatif, la maîtrise des processus, l'établissement a désigné pour chacun d'entre eux, un pilote et des co-pilotes nommés et disposant d'une fiche de fonction de pilote de processus. Ces pilotes ont été formés à la démarche processus. Ce sont les présidents des comités et groupes de travail en lien avec leurs thématiques qui définissent en concertation avec le pilotage «Management QGDR» leurs objectifs et actions d'amélioration.

Le COPIL QGDR est le comité institué pour structurer, coordonner et superviser la démarche Qualité. Il se compose du Directeur, de la Présidente de CME, du CGRAS et de la Cadre Générale de coordination. Il est assisté d'une qualitiennne qui gère la base documentaire. Des vigilo-référents assurent un lien quotidien avec le COPIL. C'est en particulier au sein de cette instance que s'effectue la coordination de l'ensemble des composantes du SMQ, des vigilances et de la veille sanitaire. Les correspondants des vigilances sanitaires sont désignés en cohérence avec les risques concernant l'établissement.

La CME intègre le COVIRIS et la commission EPP, c'est le COPIL qui suit les EPP et qui élabore le PAQSS par mandat de la CME.

L'opérationnalité du système qualité repose également sur un binôme de volontaires Correspondants Qualité (COQUAL) dans chaque corps de métiers afin d'assurer la continuité à chaque réunion hebdomadaire organisée en présence de l'encadrement médical et paramédical. Dans cette instance, des solutions immédiates sont trouvées et engagées. Les avis et suggestions quant à des changements d'organisation, proposition d'EPP, gestion d'événements indésirables (EI) sont référés et arbitrés au COPIL. Chaque COQUAL a signé une charte qui l'engage à participer aux réunions, à faire bénéficier le réseau de son expertise de terrain, à faire le retour d'information auprès des autres professionnels de son équipe, à diffuser les documents qualité, à conduire des audits, des évaluations des pratiques et à conduire des Patients Traceurs.

Des infirmiers référents (également désignés comme COQUAL) constituent une ressource complémentaire pour promouvoir la culture Qualité Sécurité des soins du CMNP. Une organisation de travail a été définie pour permettre à chacun d'assurer sereinement sa mission selon des modalités propres. Ce réseau ascendant-descendant assure la dynamique qualité et le développement de la culture qualité.

S'agissant des compétences requises en termes de QGDR, l'établissement a engagé un plan de formation basé principalement sur de la formation à distance et des formations internes portant notamment sur le risque infectieux, l'identitovigilance, le circuit du médicament... L'intégration des nouveaux arrivants repose sur l'encadrement, les référents thématiques et sur un « tutorat » par les pairs.

Cependant, la stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins n'est pas totalement définie. Le CMNP dispose d'un livret d'accueil du nouvel arrivant informant notamment sur le système management qualité et insistant sur le rôle de chacun dans cette démarche. L'information quant à la GED est également disponible. Par ailleurs, l'accompagnement des professionnels non médicaux se fait par les pairs. En revanche, il n'est pas établi au regard des différents métiers de listing de documents à lecture impérative avant la prise de fonctions. Par conséquent, on relève une insuffisance de prise de connaissance de la documentation nécessaire aux activités. Sur la base de ce constat en visite et dans le cadre de sa réactivité, l'établissement a établi un corpus de documents par corps de métiers dont l'accès incontournable permettra de garantir la prise de connaissance. Ce nouveau dispositif implique une appropriation et une évaluation favorable à son adaptabilité qui ne sont pas encore effectives.

Pour les compétences requises au titre du cœur de métier, l'établissement définit les actions de formation en regard des besoins identifiés et les inscrit dans son plan de formation.

Pour ce qui est des ressources documentaires, l'établissement a défini et formalisé en tant que de besoin les organisations et documents attendus (stratégie de développement des EPP, procédure des procédures, procédure de signalement et d'analyse des événements indésirables, méthode d'analyse des risques a priori et analyse approfondie des causes, procédure de gestion des plaintes et réclamations, organisation de la transfusion sanguine programmée,...).

Concernant les ressources matérielles nécessaires au SMQ, la gestion électronique documentaire (GED) a été modifiée suite à l'acquisition d'un nouveau logiciel en 2016 qui permet également la déclaration des événements indésirables. Chaque professionnel dispose d'un accès sécurisé par identifiant et mot de passe.

Les interfaces permettent une articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs définis. En cohérence avec la volonté de valoriser et de responsabiliser les professionnels, on

souignera en particulier l'opérationnalité des interfaces des COQUAL avec l'encadrement médical et paramédical ainsi qu'avec les autres professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement justifie une déclinaison unique des objectifs et plans d'action opérationnels en regard des risques et besoins du CMNP. L'implication des professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins se traduit par la participation des COQUAL désignés dans chaque corps de métiers (IDE, AS, Kinésithérapeute, Ergothérapeute...).

Les cadres et les COQUAL sensibilisent les professionnels dans le domaine de la qualité et gestion des risques. Des référents de domaines sont identifiés et constituent autant de ressources veillant à la conformité et au respect des bonnes pratiques.

Ils informent les professionnels des résultats et les associent à la définition d'actions en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au quotidien conformément à l'organisation établie, les actions de formation sont conduites en application du plan de formation. Les démarches d'intégration (comportant la remise du livret d'accueil évoquant la démarche qualité) des nouveaux professionnels sont appliquées.

On notera la mise en œuvre effective des actions de sensibilisation et d'accompagnement prévues portant sur les méthodes et outils du système qualité, (Patient traceur, méthodologie des CREX, EPP et RMM) mais également des formations permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins. On retiendra les formations suivantes, (risque infectieux, circuit du médicament, identitovigilance,...). L'organisation est adaptée en cas d'imprévu et la suppléance des effectifs en cas d'absence prévue est également assurée.

Les locaux et les ressources matérielles adaptés pour garantir la qualité et la sécurité des soins sont disponibles et la maintenance en est assurée.

La documentation actualisée portant sur l'organisation, la qualité et la gestion des risques, est accessible par voie électronique aux professionnels et leur appropriation par ces derniers est constatée. On retiendra plus spécifiquement la disponibilité et la connaissance de la charte d'incitation au signalement des événements indésirables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et appliquent l'organisation définie pour la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. S'agissant de la qualité au cœur du soin, l'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est opérationnel et fonctionne sur la base d'une fiche d'EI remplie via la GED et identifiant, en tant que de besoin, la liaison avec des vigilances sanitaires. L'encadrement est destinataire des FEI. Le signalement et l'analyse des événements indésirables est ancré dans les pratiques.

La récurrence de certains EI est étudiée en COPIL QGDR pour définir des actions correctives ou préventives requises, elles sont portées par l'encadrement et les COQUAL. Le pilote du processus concerné est informé systématiquement par transmission de la fiche et/ou associé au COPIL QGDR.

La gestion documentaire est assurée dans le respect des règles établies et mise à jour avec régularité. Un système adapté de messagerie instantanée interne permet à chaque professionnel de recevoir des alertes contribuant à la vigilance quant aux nouveaux documents diffusés.

La démarche d'analyse des risques a priori est assimilée à la faveur de carte d'identité de chaque processus et d'une cartographie des risques.

Les dispositifs de veille sanitaire et de vigilance, de gestion de crise, sont opérationnels.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'une analyse associant les professionnels impliqués ; l'établissement assure leur suivi et leur traitement en partenariat actif avec les représentants des usagers.

L'analyse des causes profondes est réalisée en lien avec des Événements Indésirables Graves (EIG) dans le cadre de RMM et de CREX dédiés.

La CME élabore annuellement le bilan des EPP. Le fonctionnement régulier du COPIL QGDR associant les représentants des Usagers a été constaté. Cette instance consigne en raison de sa fréquence une liste des points abordés qui est tracée dans un fichier adapté. Les émargements attestent de l'effectivité de la participation des personnes concernées à la CME et aux diverses instances. La réunion des COQUAL donne lieu à des comptes-rendus et à un portage engagé auprès des équipes.

La gestion de crise est opérationnelle via l'actualisation du Plan Blanc et la réalisation d'un exercice dédié.

Le PAQSS est établi de manière coordonnée en associant les pilotes des processus concernés.

Les circuits sont respectés notamment en ce qui concerne les signalements des événements indésirables ainsi que les plaintes et réclamations.

L'interface entre les structures chargées de la qualité et de la sécurité des soins et les professionnels des services est opérationnelle. Le travail en équipe est encouragé. L'implication effective des référents qualité et des COQUAL est au cœur du dispositif. La traçabilité des actions et des activités relevant du SMQ est assurée et partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement est exclu du champ de recueil obligatoire d'une partie des indicateurs IQSS. En effet, il convient de noter que, malgré plus de 20 000 journées en hospitalisation complète et près de 3000 venues en hospitalisation de jour, l'établissement est exclu du champ de recueil obligatoire d'une partie des indicateurs IQSS à cause de ses durées de séjour très longues compte tenue des pathologies traitées, l'établissement regrettant cette exclusion du dispositif. Il recueille les IQSS qui lui sont applicables. Il a choisi de participer au recueil hors-protocole notamment sur la tenue du dossier patient.

Il conduit des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et des audits en associant les professionnels ; le suivi en est assuré.

Préalablement à la visite de certification, l'établissement a initié des démarches de patients traceurs. L'évaluation de la satisfaction des usagers est assurée. Un tableau de bord permet le suivi des plaintes et réclamations, il est partagé avec les représentants des usagers au sein de la CDU.

A / AGIR

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

L'établissement ayant récemment restructuré son système Qualité et établi son PAQSS relayant le plan institutionnel précédant (PAGE), le réajustement de ce dispositif reste en cours comme l'atteste le compte qualité.

L'action d'amélioration identifiée porte sur le constat d'un nombre élevé d'indicateurs mobilisés. La réflexion engagée vise à l'identification des indicateurs les plus pertinents pour chaque processus, d'une part et le partage d'indicateurs transversaux à l'échelle de l'établissement, d'autre part.

Certains de ces indicateurs transversaux sont d'ores et déjà partagés notamment s'agissant de l'exploitation des plaintes et réclamations et de l'évaluation des questionnaires de satisfaction des patients.

On notera la réactivité particulière du management en association constante avec les acteurs opérationnels à adapter ses modes d'organisation QGDR en tant que de besoin.

Des modalités de diffusion et de communication sont établies : affichage à destination des professionnels et des usagers, gestion documentaire dématérialisée, réunions mensuelles d'information plénières et instances dont la CDU.

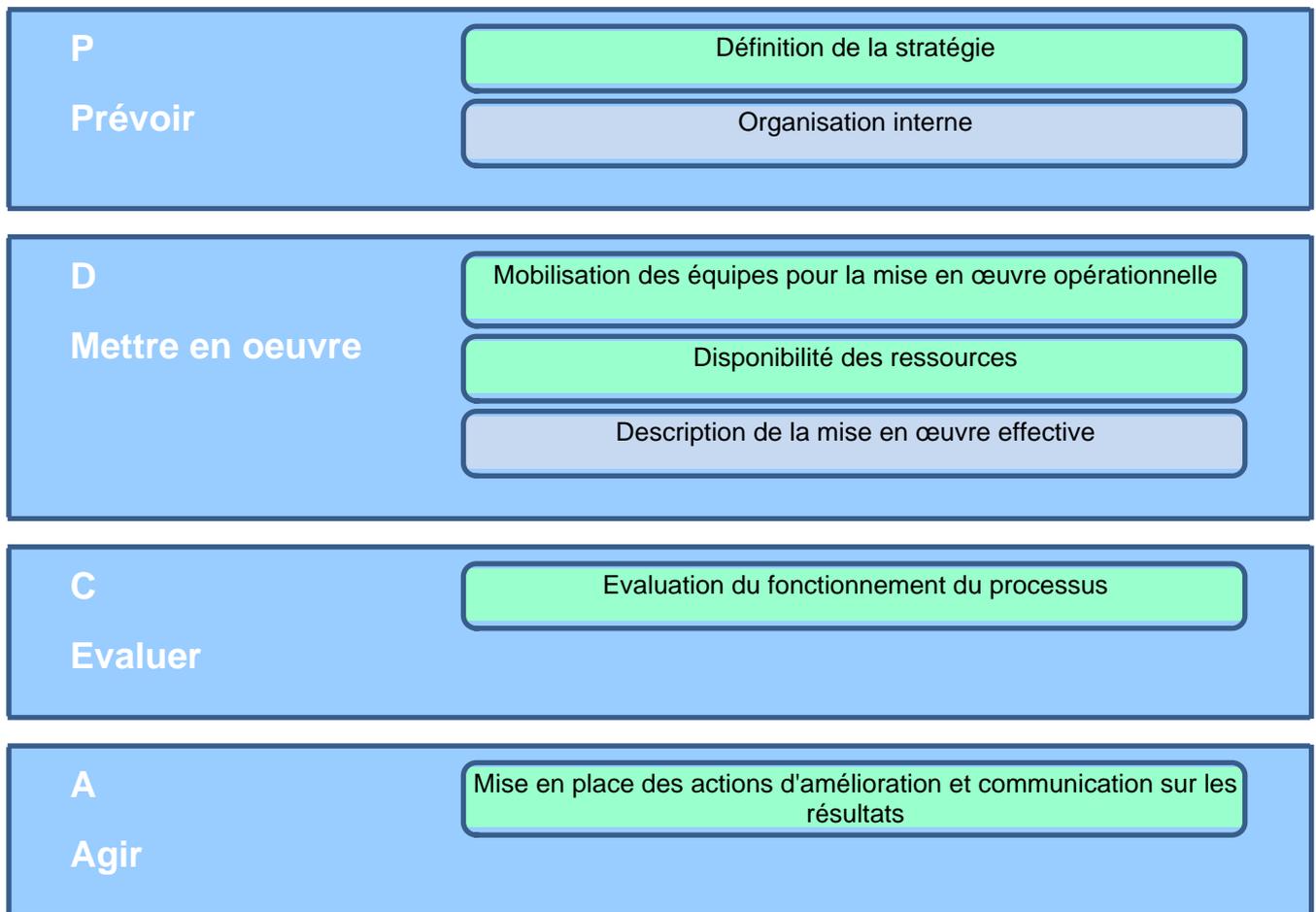
DROITS DES PATIENTS

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

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), le Centre Mutualiste Neurologique Propara (CMNP) en lien avec sa prise en charge très spécialisée et adossé à une MAS est aux normes en matière d'accessibilité handicap moteur lourd. Les représentants des usagers soulignent que « le respect des droits est ici, un état d'esprit ».

Le respect des droits des patients est inscrit dans le Projet d'établissement et plus précisément dans un axe dédié de la politique qualité et gestion des risques (QGDR). L'axe "Droits du patient" est décliné en trois engagements, "Promouvoir la bientraitance et offrir des soins personnalisés au plus près des attentes des patients", "Être à l'écoute de nos patients et de leur entourage, en assurant le respect de leurs droits", "Se conformer aux exigences légales et réglementaires, contractuelles ou autres identifiées en assurant la formation des professionnels aux droits du patient et à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ; en favorisant l'écoute du patient, le recueil de ses besoins et de sa satisfaction".

Cette composante du projet d'établissement portant sur le respect des droits du patient a été élaborée en concertation avec les acteurs impliqués notamment la psychologue, la coordinatrice de l'éducation thérapeutique et également avec les représentants des usagers. Ces derniers constituent une valeur ajoutée et une expertise utile qui concourent à concrétiser les projets en matière notamment de droits du patient.

Le CMNP a décliné le processus dans une carte d'identité dédiée et a retenu quatre risques dans le Compte qualité pour lesquels il a déterminé les objectifs suivants, (Informé le patient et l'impliquer sur les risques et bénéfices attendus, Respecter la liberté d'accessibilité et de choix à tous les types de handicaps, Garantir le respect des droits du patient, Favoriser les actions de socialisation).

Le PAQSS est articulé avec le Compte Qualité et décline les objectifs en matière de respect des droits du patient notamment en favorisant l'intervention d'associations pour des activités de loisirs. Le PAQSS comporte les actions, les pilotes désignés, les échéances et les modalités de suivi.

Cette stratégie de l'établissement a été validée par les instances concernées notamment le COPIL QGDR et la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le CMNP a déterminé une organisation pour piloter le processus des droits du patient autour du Directeur et de la responsable administrative en charge des ressources humaines et des relations avec les usagers.

Une fiche de fonction « pilote de processus » a été définie et comporte les missions dédiées. Ces pilotes agissent dans le champ de leurs attributions en synergie avec les professionnels concernés et également avec les représentants des usagers actifs et impliqués. Les rôles et responsabilités des professionnels en matière de respect des droits du patient sont déclinés lisiblement dans les fiches de poste.

Aux côtés de ces pilotes, d'autres acteurs sont impliqués dans la politique des droits du patient, notamment la coordinatrice de l'éducation thérapeutique qui a participé à l'adaptation du questionnaire de satisfaction ; en lien avec la CDU, le questionnaire de satisfaction nouvelle version est divisée en deux parties : un premier questionnaire un mois après l'admission et un questionnaire après la sortie, téléphonique (ou anonyme), qui est gérée par la coordinatrice d'ETP ce qui permet par la même occasion de faire le suivi. Un Comité de la bientraitance existe dans l'établissement depuis 2009, il est composé de manière pluri-professionnelle. Ce comité porte une attention particulière à la bientraitance en lien notamment avec le respect de la juste distance professionnelle dont la nécessaire observance est à mettre en perspective avec la durée de séjours longs du CMNP.

En lien avec la réflexion éthique, les soins palliatifs et la fin de vie sont des thèmes qui ont incité le CMNP à s'engager dans la constitution d'une équipe mobile intervenant à l'extérieur de l'établissement pour des personnes en situation de handicap se trouvant en fin de vie ou soins palliatifs.

La structure organise des actions de sensibilisation et participe aux EPP en lien avec ce thème.

Trois représentants des usagers sont associés par l'intermédiaire de la CDU au pilotage de la thématique des droits des patients. La participation des associations est organisée et encouragée notamment pour rompre l'isolement et favoriser le retour à l'autonomie. A ce titre, on notera la création d'une association

à l'initiative de professionnels du CMNP qui, sur leur temps personnel, aident bénévolement avec d'autres (anciens patients, proches, ...) à la réalisation d'activités extérieures.

Le CMNP prévoit les effectifs et adapte l'organisation en cas de nécessité pour permettre les soins dans le respect des besoins, des rythmes et de la dignité des patients.

Le plan de formation prévoit en rapport avec les droits des patients des formations en e-learning ou encore une formation sur la relation d'aide pour permettre le respect de la juste distance professionnelle.

L'intégration des nouveaux arrivants est assurée par l'encadrement, les référents et le tutorat des pairs.

L'établissement inscrit le respect des droits des patients dans une charte de fonctionnement définie dans le cadre de l'Hospitalisation complète et de l'Hospitalisation de jour.

Des permanences de la CDU sont organisées tous les 15 jours par les représentants des usagers et également par les membres de la CDU afin de communiquer des informations aux patients sur leurs droits.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles nécessaires. On soulignera en particulier l'humanisation des locaux par la création d'une salle multimédia pour rompre l'isolement et la reconfiguration récente du hall, de salons et d'une salle de télévision avec patio, locaux offrant des espaces de convivialité pour les patients et leurs proches.

Le CMNP dispose d'une majorité de chambres particulières et de quatre chambres doubles domotisées en secteur handicap lourd. Pour les patients en chambre double, des équipements permettent de garantir l'intimité notamment lors des soins d'hygiène. Les chambres sont munies de voyants de présence permettant de visualiser que des soins sont en cours. Les portes des chambres sont dépourvues d'oculi ce qui participe aussi au respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Le respect de la confidentialité est organisé. Les informations à caractère nominatives sont accessibles aux professionnels dans des locaux sécurisés. Les ordinateurs, supports du dossier informatisé, sont accessibles par identifiant et mot de passe disposant d'un système de renouvellement régulier. Les ordinateurs positionnés sur les chariots des professionnels et dédiés aux soins au lit du malade permettent la fermeture de l'écran pour éviter tout accès aux données des patients par des personnes non autorisées.

Les équipements de gestion des restrictions de libertés sont homologués. De même, l'établissement est doté de lits à hauteur variable afin de réduire le risque de chute. Le recours aux dispositifs de contention a été établi en lien avec la spécificité des prises en charge. Enfin, l'établissement dispose d'un espace snoezelen.

La maintenance de ces différentes ressources matérielles est organisée.

Les ressources documentaires nécessaires au respect des droits du patient sont organisées notamment concernant le recueil des directives anticipées, la mise en place de mesures de contention et de restrictions de libertés, le signalement de faits de maltraitance, ... Le livret d'accueil, dont la remise est organisée à l'entrée du patient et le cas échéant, dans le service traite notamment des modalités d'information concernant les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance et l'accès au dossier patient. Les modalités de fonctionnement de la CDU et l'organisation de la permanence sont affichées dans l'établissement. L'établissement organise la mise à disposition de sa documentation par gestion électronique documentaire.

La gestion des interfaces et des circuits en faveur des droits des patients est organisée pour faciliter la concertation et la mise en œuvre des pratiques, (interfaces entre l'établissement et les représentants des usagers, entre services de soins et services administratifs, entre services de soins et ministres du culte...). Un médiateur médical et un médiateur non médical sont désignés, la suppléance de chacun d'entre eux est définie dans le respect des obligations réglementaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte-tenu de la taille de l'établissement, les objectifs et plans d'actions opérationnels en matière de droits des patients sont uniformes à l'échelle des 66 lits et 8 places de jour de l'établissement.

Les cadres et les acteurs impliqués (psychologue, coordinatrice de l'éducation thérapeutique...) sensibilisent les professionnels sur le respect des droits du patient. Parmi les thèmes, on retiendra en

particulier le respect de la juste distance professionnelle, et le respect du recueil des directives anticipées, thématique portée par une équipe composée de volontaires aides-soignants ayant bénéficié d'une formation et chargés de former les patients et les professionnels.

Cadres et référents s'assurent par ailleurs, au quotidien, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. On notera en particulier la vigilance sur le respect de la confidentialité, sur le recueil de la personne de confiance et le recueil des directives anticipées, la conduite de patients traceurs (3 en hospitalisation complète et 1 en Hospitalisation de jour).

Cadres et référents informent les professionnels des situations observées, des mesures mises en œuvre et des résultats à l'occasion notamment de la réunion d'information hebdomadaire. Les professionnels peuvent être associés à la définition d'actions en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) prévues par l'établissement sont effectives et disponibles dans les services.

Les ressources humaines permettent la réalisation des prises en charge dans le respect de l'intimité et de la dignité des patients, de leurs rythmes, en lien avec la spécificité de personnes en situation de handicap. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée conformément au dispositif et les actions de formations prévues au plan de formation sont mises en œuvre dans les délais appropriés (notamment la participation à des formations obligatoires).

Les locaux et ressources matérielles sont conformes aux objectifs de l'établissement en matière de confort, intimité, accessibilité, sécurité et retour à l'autonomie des patients ainsi que confidentialité des données. Des mesures de restauration sont proposées aux proches si besoin.

Les ressources documentaires sont disponibles dans les services par voie électronique notamment pour les procédures internes. La documentation est connue des professionnels. Les patients et leurs proches, outre la remise du livret d'accueil, disposent de panneaux d'affichages au sein de la structure portant sur l'information quant aux droits des patients, les missions et composition de la CDU, les différentes chartes, les indicateurs de diffusion obligatoire... Une liste de lieux d'hébergement à proximité de l'établissement est communiquée en tant que de besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie en matière de respect des droits du patient et sont notamment attentifs à la bientraitance en lien avec la spécificité de leur prise en charge. Le travail en équipe est encouragé. Ils mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans le respect de ses droits.

Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont connues et appliquées le cas échéant. L'information en cas de dommage liée aux soins s'inscrit dans une organisation établie mise en œuvre si nécessaire.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés inclut la démarche structurée en cas de dommages liés aux soins. L'information en cas de dommage s'inscrit dans une organisation établie et mise en œuvre, si nécessaire.

La participation du patient, et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Soins (PPS) est effective.

Les soins y compris en matière d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

Le consentement comme le refus de soin sont recueillis et tracés. La réflexion bénéfices-risques accompagne la prise de décision.

Les mesures visant au respect de la confidentialité sont appliquées (signalement des présences en chambre et soins en cours, transmissions en poste infirmiers...).

La CDU est opérationnelle, elle se réunit à fréquence réglementaire et traite des aspects relevant de ses attributions.

La traçabilité des actions et activités réalisées dans le champ des droits des patients est assurée dans le cadre du DPI notamment, comme l'attestent les parcours patients traceurs réalisés. La traçabilité des données est partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre des démarches d'évaluation du respect des droits des patients, notamment par l'audit sur les directives anticipées, les patients traceurs, l'enquête de satisfaction des patients et le registre des plaintes et réclamations qui relèvent du processus qualité et sécurité des soins.

De nombreux indicateurs sont générés pour le processus et certains établis à l'échelle de l'établissement.

Des actions correctives sont définies et le suivi en est assuré selon le dispositif institutionnel en place.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées au regard des résultats obtenus pour être intégrées et articulées avec le PAQSS. On soulignera en particulier l'adaptation de l'enquête de satisfaction des patients en lien avec la spécialisation de l'établissement. On retiendra également la prise en compte et le traitement de la recommandation issue de la précédente certification et portant sur la prise en charge de la fin de vie.

Les professionnels sont informés via la gestion documentaire, par les réunions d'information hebdomadaire de service et celles mensuelles à l'échelle de l'établissement, par la communication du bilan CDU...

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

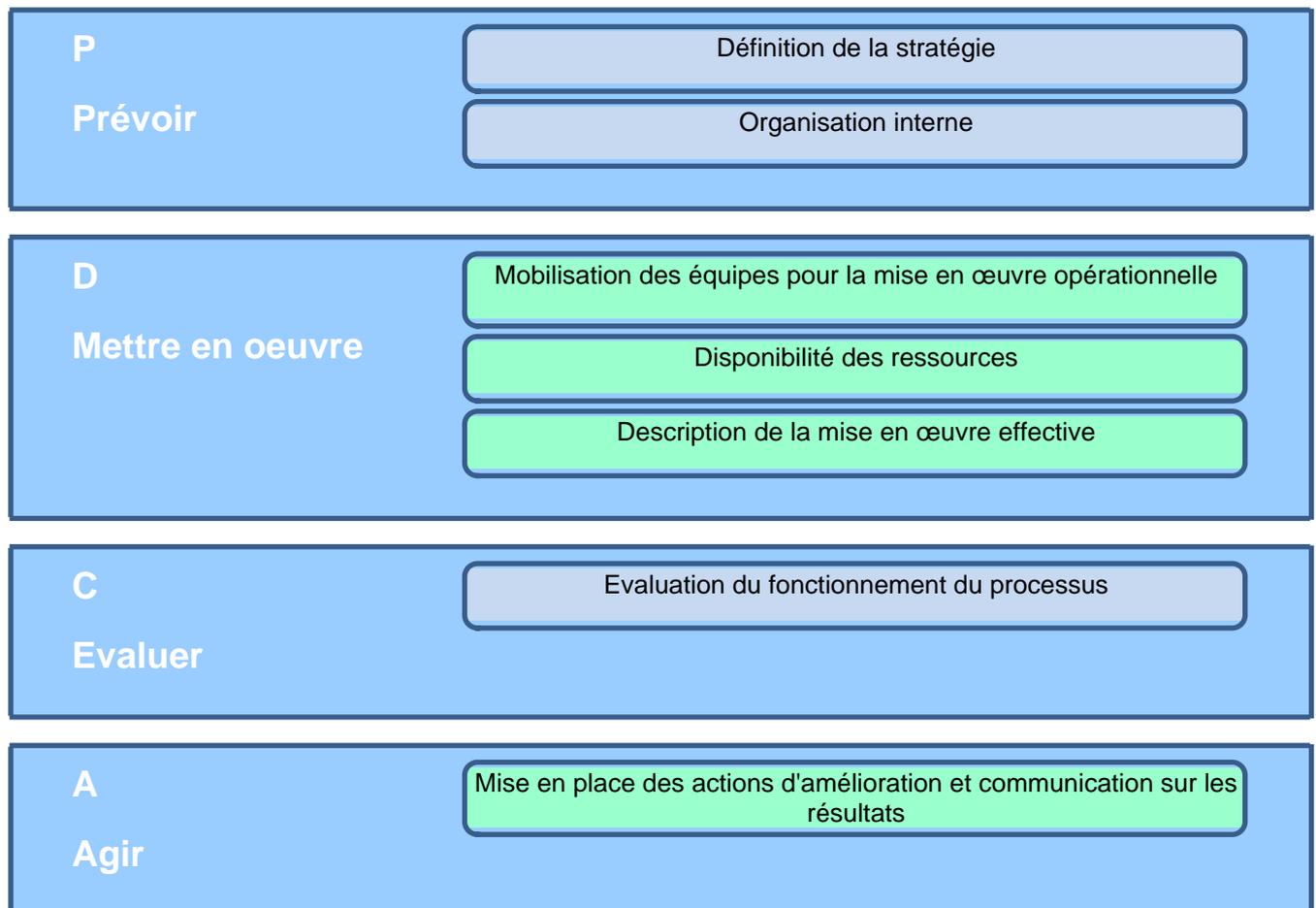
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Mutualiste Neurologique Propara (CMNP) géré par l'Union Mutualiste PROPARA est un établissement de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) disposant de trois autorisations, (SSR polyvalent, affections du système nerveux, affections du système locomoteur). Ce Centre est en outre hyper spécialisé dans la prise en charge des blessés médullaires et notamment des patients tétraplégiques. Il dispose enfin en son sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée.

Dans le cadre de la réforme en profondeur de sa gouvernance (à compter de 2014), le CMNP a élaboré sa stratégie d'amélioration continue du parcours patient tant en termes de qualité des pratiques en interne que d'offre de soins. « L'adoption d'une politique du Parcours Patient vient ancrer cette thématique au coeur de la mission de l'établissement, qui place le patient au coeur du dispositif de soin comme acteur de sa prise en charge ». La politique du parcours patient est explicitement articulée avec les autres politiques, notamment avec la « Politique qualité, gestion des risques, sécurité des soins ». Les orientations de la politique du parcours patient, au nombre de six, sont établies en cohérence avec les valeurs mutualistes et les orientations du conseil d'administration de l'Union Mutualiste Propara. La première orientation « Optimiser le parcours du patient » vise à fluidifier les admissions, anticiper la sortie, faciliter l'accès à l'urgence et l'expertise des établissements partenaires, améliorer en continu les pratiques.

La pertinence de la politique du parcours patient s'appuie sur la prise en compte des orientations nationales et régionales. Le CMNP participe aux travaux du PRS II en tant que membre du groupe de travail sur la filière SSR, représentant de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux), membre du groupe régional d'appui. Le Centre Mutualiste Neurologique Propara s'inscrit en outre dans des travaux au sein du GHT Est Hérault – Sud Aveyron notamment avec le CHU de Montpellier (demande du CMNP d'être associé au GHT en cours). Des partenariats avec les acteurs extérieurs à l'établissement sont structurés.

En interne, l'élaboration du parcours patient repose sur un engagement fort de l'ensemble de la communauté professionnelle, dans une dynamique participative animée par la CME et la Direction. La recherche constante d'excellence s'appuie sur l'intégration régulière des recommandations et référentiels, avec la contribution de l'équipe de recherche. L'actualisation de la cartographie des risques du parcours patient a été réalisée sous forme d'audit de processus mené par deux groupes distincts, hospitalisation complète et hospitalisation de jour. Les risques prioritaires assortis de leur plan d'actions ont été intégrés au compte qualité. Les objectifs opérationnels sont établis et déclinés dans le programme institutionnel de l'établissement, (PAQSS). Les modalités de mise en oeuvre de ce PAQSS intègrent la définition des pilotes, échéances et modalités de suivi.

La politique du parcours patient, ses objectifs et les plans d'actions correspondants sont validés par les instances compétentes notamment la CME et la Direction. Les représentants des Usagers sont pleinement associés à l'élaboration et au suivi de cette politique.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Mutualiste Neurologique Propara a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Dans le fonctionnement de l'établissement, on retiendra la définition de sept pôles dont trois directement liés au parcours patient, le pôle hospitalisation complète, le pôle ambulatoire et le pôle insertion. Les responsabilités des acteurs sont clairement définies au sein de chacun de ces pôles, en témoigne l'affectation des recommandations de bonnes pratiques issues du plan national de démarche précoce d'insertion (établissement membre du réseau national Comète).

Les pilotes désignés sur le plan de la stratégie sont, pour le pôle hospitalisation complète, le Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation et le Cadre de coordination, pour le pôle ambulatoire, le Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation et le Cadre de gestion du pôle. Sur le plan opérationnel, le pilotage est partagé avec le Cadre de santé hygiéniste, le Cadre rééducateur, les Infirmières référentes et l'Infirmier Coordinateur du pôle ambulatoire. Ces fonctions de pilotages sont identifiées et formalisées dans les fiches de poste des professionnels, une fiche de missions générique pour tous les pilotes de thématiques est établie. La Commission du Parcours Patient constitue l'instance dédiée au processus, elle articule ses travaux avec l'ensemble des autres instances et groupes thématiques notamment le CLAN, le CLUD, la CIV et la Commission Bienveillance.

Par ailleurs, les rôles et responsabilités de l'ensemble des métiers concourant directement ou associés au parcours patient sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Établissement participant à la formation des médecins et terrain de stage pour plusieurs métiers du soin, le CMNP jouit d'une attractivité qui permet les recrutements à concurrence des besoins sans recours à l'intérim, pour l'ensemble des métiers requis au titre des conditions techniques de fonctionnement. Le recours aux avis spécialisés est organisé. Les remplacements sont gérés en interne et font l'objet d'un suivi médico-économique. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée, un livret d'accueil leur est destiné et une récente démarche de fiabilisation de l'adaptation au poste par « parcours documentaire d'intégration » a été engagée. Le CMNP établit un plan de formation comportant notamment des actions relatives à l'écoute et l'accueil (relation d'aide), à l'urgence vitale (AFGSU), au risque suicidaire, aux pratiques professionnelles des différents corps de métier... On relèvera en particulier un axe fort de formation à l'éducation thérapeutique comportant plusieurs DU et la quasi généralisation de la formation qualifiante des quarante heures sur ce thème. L'établissement, par évolution professionnelle interne et formation qualifiante par DU, a créé un poste de coordinateur en éducation thérapeutique pour piloter le programme et son évaluation, former les animateurs d'atelier aux 40h et également sensibiliser l'ensemble des professionnels. La place de l'ETP dans le parcours patient reflète l'importance de celle-ci dans le projet d'établissement. Enfin pour conclure sur le dynamisme de l'établissement en matière de ressources humaines et de formation, on notera sa validation en qualité d'Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC).

L'établissement organise la réponse à ses besoins matériels. Un plan d'investissement est en place tant pour la disponibilité et la maintenance des locaux que pour les équipements d'hôtellerie et de soins. La qualité et la maintenance de ces équipements et ressources matérielles apparaissent comme une priorité au sein de l'établissement en dépit de l'effort de retour à l'équilibre financier. On relèvera en particulier, notamment dans le cadre du développement du projet Handiconsult, (accès aux soins ordinaires pour les personnes en situation de handicap), l'effort d'investissement renouvelant le plateau technique d'imagerie. L'établissement considère en effet que l'absence de mesures spécifiques aux personnes en situation de handicap en milieu ordinaire, (en termes d'accessibilité mais aussi de délais d'attente), constitue une prise de risques pour les patients. Dans le même esprit, l'établissement faisant preuve d'une capacité à maîtriser ses risques, l'activité d'endoscopie en urologie a été suspendue en vue de refonder plus globalement les conditions matérielles et organisationnelles de cette activité tout en élargissant le panel des actes à d'autres disciplines, soins dentaires, explorations endoscopiques en ORL, maïeutique.

Plus directement associés aux prises en charge au quotidien, on relèvera l'existence des équipements de contrôle d'environnement du patient, le dispositif d'appel adapté, les lits spécifiques à l'activité de neurologie, les rails de transfert généralisés, la balnéothérapie et le plateau technique opérationnels et sécurisés, (intégrés récemment à l'inventaire pour en fiabiliser la maintenance), les équipements de surveillance du risque nutritionnel, les dispositifs médicaux de type pompes de nutrition, seringues électriques et équipements de traitement de l'urgence vitale gérés dans une logique de parc homogène, les équipements/locaux de simulation et aides techniques pour préparation de la sortie... Enfin, sur le plan des ressources matérielles impactant le cœur du soin, on notera l'allocation d'équipements informatiques en quantité adaptée et adossés à un réseau sécurisé.

S'agissant des ressources documentaires, l'établissement intègre, dans ses analyses de processus, les formalisations documentaires nécessaires à la maîtrise des risques. Les instances disposent de règlements intérieurs, des chartes de fonctionnement sont établies notamment pour le parcours en hospitalisation complète, des procédures définissent les organisations, des fiches techniques décrivent les tâches. La diffusion de référentiels de bonnes pratiques est également organisée. L'établissement assure la mise à disposition de cette documentation sur son logiciel de gestion électronique documentaire supportant en outre le dispositif de signalement des événements indésirables. A fins de résilience du système, une base documentaire papier en miroir de la GED est en place. On retiendra enfin la place dans la ressource documentaire que tient le dossier patient informatisé, support de la traçabilité des prises en charge ; un export régulier des données dans un format et sur un support indépendant du logiciel « DPI » garantit le mode dégradé en cas d'indisponibilité.

Le Centre Mutualiste Neurologique Propara ayant adopté l'approche par processus, les cartes d'identité des différents processus identifient de manière explicite les processus et acteurs en interface. La concertation au sein de l'établissement constitue un point central de la gouvernance ; la densification du dialogue interne fait suite au diagnostic partagé issu de l'évaluation des risques psychosociaux (RPS). On retiendra l'organisation à fréquence hebdomadaire et articulées entre elles, de la réunion hebdomadaire de Direction faisant suite à la réunion de cadres, de la réunion de CME restreinte, de la réunion de régulation du parcours Patient, ... La CPP quant à elle se réunit a minima trois fois par an et constitue un organe majeur de la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

En externe, l'établissement développe ses interfaces et les formalise en tant que de besoin avec les adresseurs (lits réservés aux patients blessés médullaires issus du CHU par exemple, implication dans des filières...), avec des organismes et acteurs impliqués dans le parcours des patients, (CDHP, Inter-CLUD), avec la médecine de ville notamment dans le suivi partagé des patients en hospitalisation de jour, avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. Le CMNP développe enfin des réseaux partenaires pour

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle d'amélioration du parcours patient s'attache à garantir des pratiques homogènes à l'ensemble des secteurs. La stratégie concourant à décliner les objectifs institutionnels au cœur des prises en charge est établie et repose sur une concertation dense entre le management et l'ensemble des acteurs.

On retiendra en particulier, en pleine synergie avec l'encadrement, le rôle central des infirmières référentes et de l'infirmier de coordination du pôle ambulatoire. Les infirmières référentes, directement associées à la production de soins, disposent de temps dédiés à la participation aux temps de concertation institutionnels, au recueil des difficultés et questionnements des équipes, à la sensibilisation aux évolutions de pratiques et d'organisations, à la participation à des audits. Elles veillent à l'application des bonnes pratiques dans les soins et à leur conformité aux organisations établies. Par ailleurs, les actions de sensibilisation reposent également sur le réseau des correspondants qualité nommés au sein de tous les corps de métiers et participant aux réunions hebdomadaires du COQUAL. Les infirmières référentes, infirmier coordonnateur de l'ambulatoire et les correspondants qualité informent les professionnels des résultats des évaluations et contrôles de conformités et concourent avec les équipes à la définition d'actions en regard des besoins, (difficultés, dysfonctionnements, baisses des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En conformité avec les organisations établies, les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs et sur les plateaux techniques.

S'agissant des ressources humaines, la continuité médicale est assurée sur la base d'un tableau de gardes et astreintes. Au vu des exigences de sécurité, un médecin est présent 24h/24 dans l'établissement et la nuit une astreinte de senior est effective. Sur le plan des compétences médicales internes à l'établissement, l'ensemble des médecins partage un tronc commun relevant du champ de la médecine physique et de réadaptation, et par ailleurs, chacun développe un domaine en particulier en qualité de ressource experte. L'accès aux autres spécialités médicales non disponibles dans l'établissement est assuré par consultations avancées ou directement auprès des établissements partenaires. Les effectifs soignants sont disponibles selon un taux d'encadrement constant prenant en compte la charge en soins. Les métiers requis au titre des conditions techniques de fonctionnement sont disponibles en effectifs adaptés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététicienne, psychologue, neuropsychologue, professeur en APA, assistantes sociales, secrétaires médicales... Pour les métiers comportant un professionnel unique au sein de l'établissement, des modalités de remplacements sont mises en œuvre pour les périodes de congés.

Le plan de formation est mis en œuvre, il comporte, outre les actions individuelles sollicitées par les agents, des actions à caractère obligatoire et des actions soutenant un axe prioritaire du parcours patient. Parmi ces actions on retiendra pour la dimension sécurité, la formation incendie, la formation AFGSU, ..., pour les prises en charge, la formation plaies et cicatrisation, la formation douleurs chroniques, la formation relation d'aide, la formation au repérage du risque suicidaire... Enfin, il est à noter l'effort de formation massive en rapport avec l'éducation thérapeutique du patient, au titre d'un axe prioritaire de la prise en charge. Les formations se déroulent selon des modalités conventionnelles en interne ou en externe, mais également sous forme de parcours « e-learning ». La mise en œuvre de l'intégration des nouveaux arrivant est assurée selon les modalités établies notamment l'accompagnement par les pairs, et un parcours d'adaptation au poste par appropriation d'un corpus documentaire minimal par métier a été récemment mis en place.

Les ressources en locaux accessibles et en équipements sont disponibles et conformes aux besoins en termes d'hôtellerie, de plateau technique, de dispositifs médicaux, de dispositifs de simulation. La maintenance est assurée et tracée. L'identification des équipements dans l'inventaire est assurée. On retiendra en particulier l'existence de chariots d'urgences sécurisés comportant un DSA, bénéficiant d'une signalétique opérationnelle et d'une maintenance régulière tracée. Les ressources informatiques sont installées en quantité adaptée pour permettre la saisie aisée des données de prises en charge ; en complément des postes fixes, des postes mobiles avec WIFI sont disposés sur les chariots de prise en charge médicamenteuse. Les patients ont accès à internet sur la base de connexions personnalisées.

Les ressources en consommables, linge, dispositifs médicaux stériles, consommables d'hygiène, ..., sont disponibles, elles sont gérées au sein des services selon des modalités et dans des conditions de stockage adaptées.

Les ressources documentaires sont disponibles au format électronique et un exemplaire est géré en miroir pour faire face à une éventuelle indisponibilité logicielle. Les professionnels connaissent le système documentaire et en maîtrisent l'accès. On citera par exemple l'accès effectif à la politique du parcours patient et à la charte de fonctionnement de l'hospitalisation complète, au tableau des gardes et astreintes, ..., à des procédures, (démarche de projet personnalisé, modalités d'intégration dans le programme d'éducation thérapeutique, ...), à des protocoles (le protocole démarche précoce d'insertion, la prise en charge du risque suicidaire, le projet personnalisé de soins, la pesée du patient, l'arrêt cardio-respiratoire, ...), à des notes d'information patient, (traitement par toxine botulique, pratique d'un bilan uro-dynamique, ...), à des fiches techniques, (installation des contrôles d'environnement en chambre, ...), à des fiches enregistrement, (questionnaire personne de confiance, ...), à des affiches à destination des patients, (directives anticipées, charte de bientraitance,...), à des fiches de compétences et fiches de postes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient en regard de l'ensemble de ses besoins. La permanence des soins est assurée.

En qualité d'établissement de SSR, l'établissement n'est pas habilité à recevoir les urgences mais la réponse (accueil et orientation) à une venue spontanée en situation d'urgence est opérationnelle.

L'admission est prononcée dans le cadre de la commission des admissions et prend en compte les critères d'éligibilité à la prise en charge au sein de la structure, notamment pour éviter les situations d'inadéquations. Le statut d'établissement de référence entraîne des recrutements hors région (sous réserve qu'il n'y ait pas d'offre alternative dans la région concernée). L'outil Via trajectoire est mis en œuvre et les données sont, le cas échéant, complétées en tant que de besoin. Les données cliniques mais également le projet, l'existence de réseaux partenaires aval ou ressources d'accompagnement à la sortie, ..., sont pris en considération. Les éléments matériels requis (type de lit, dispositif anti-escarres), ..., sont anticipés. Dès l'admission du patient, l'évaluation initiale et la prise en charge de l'ensemble des besoins sont engagées. Chaque métier assure dans un délai adapté les interventions requises, recueil des données, accueil et remise du livret d'accueil, mise en place du contrôle d'environnement, du dispositif d'appel adapté, conditions de transferts, examens clinique, bilan d'entrée et prescriptions, bilan des rééducateurs, évaluation du risque suicidaire et adaptation éventuelle de la prise en charge, ...

Les populations spécifiques sont identifiées dès l'admission, on retiendra en particulier l'accueil exceptionnel de mineurs (au-delà de seize ans) si leur prise en charge prévisible est appelée à se prolonger au-delà de leur majorité, l'accueil des personnes âgées (l'âge de soixante ans étant retenu au titre de l'impact physiologique du handicap), l'accueil de patients démunis nécessitant une démarche spécifique de réinsertion. L'admission de ces populations spécifiques répond à une organisation spécifique.

Le projet personnalisé de soins (PPS) est élaboré selon le protocole « projet personnalisé de soins » connu de tous les acteurs impliqués. Il est construit sur la base des évaluations initiales et continues des besoins du patient, en concertation au sein de l'équipe pluridisciplinaire, afin de fixer des objectifs de prise en charge. Le patient et ses proches collaborent à l'élaboration du PPS. L'élaboration du PPS et sa formalisation sont assurés lors du staff hebdomadaire pluridisciplinaire, son évaluation est notamment réalisée en présence du patient lors des bilans de synthèse. L'évaluation du rapport bénéfices-risques est intégrée à l'élaboration du PPS, majoritairement tracée, et partagée avec le patient. L'accès aux spécialistes et la prise en compte des avis dans le cadre du PPS sont effectifs. La prise en charge repose sur une coopération structurée de l'ensemble des métiers impliqués. Les réunions pluri-professionnelles et pluridisciplinaires sont précédées, pour chaque intervenant, des bilans requis intégrant le bilan social et la réinsertion. La traçabilité des bilans, évaluations et conclusions est assurée.

La prise en charge nutritionnelle est mise en œuvre dès l'admission selon l'organisation établie particulièrement en regard du risque d'escarres inhérent aux profils des patients, (pesée, prise en compte de l'évolution pondérale récente, suivi des données biologiques, ...). La gestion des compléments nutritionnels oraux est assurée en parallèle avec l'administration des médicaments. Les besoins en régime ou textures sont adaptés avec le concours éventuel de la diététicienne. La traçabilité des données est assurée dans le dossier comme en attestent l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et les parcours patient traceur.

L'éducation thérapeutique (ETP) est partie intégrante de la prise en charge. L'établissement est porteur d'un programme autorisé, Lésions médullaires - Programme pour "Personne lésée médullaire", destinés aux personnes hospitalisées dans l'établissement en phase initiale de leur prise en charge. Il est constitué de vingt quatre ateliers collectifs co-animés par des référents formés sous la coordination d'une référente ETP titulaire d'un DU d'ETP. L'ensemble des besoins des personnes blessées médullaires est abordé. L'établissement met également en place une démarche coordonnée visant à garantir la qualité

des actions éducatives ciblées liées à chaque métier. L'offre en programmes autorisés à proximité des lieux de vies des patients est connue et le recours éventuel est encouragé. L'éligibilité des patients à une démarche d'ETP est appréciée et la traçabilité de cette évaluation reste à systématiser. La perspective de nouvelles activités est susceptible d'engager l'établissement dans l'élaboration d'offre complémentaire dans le champ de l'ETP, notamment en rapport avec l'accès aux soins courants pour les personnes en situation de handicap dans le cadre du dispositif « handiconsult 34 ».

Le dispositif de réponse à l'urgence vitale est opérationnel et la maintenance tracée des chariots d'urgence est assurée.

La préparation de la sortie est initiée dès le projet d'admission, elle fait partie intégrante de l'élaboration du PPS et de ses actualisations. Les ressources partenaires sont identifiées en regard des besoins, praticiens de médecine de ville, médecin traitant, logement adapté, offre de soins à domicile, ressources, accès aux droits sociaux, projet de réinsertion professionnelle, acteurs médico-sociaux, structures expertes de proximité pour les patients hors région... L'articulation avec ces activités de soins de suite et de réadaptation aval est effective. La planification de la sortie est assurée, les conditions matérielles et humaines sont anticipées, le cas échéant, des visites à domicile sont assurées. Dans certaines situations, un séjour dans l'appartement de simulation est réalisé pour valider les conditions du retour à domicile. Les documents nécessaires à la sortie sont remis au patient ou à ses proches et le courrier de sortie est adressé dans les délais réglementaires comme l'atteste l'indicateur « délai d'envoi du courrier de sortie ». La continuité des soins est assurée. L'établissement s'attache à rester une ressource de réassurance pour les patients, au-delà de la sortie.

L'ensemble des instances et comités concourant à la prise en charge sont opérationnels, CODIR, CME, COPIL, Commission du parcours patient, ...

La mise en œuvre coordonnée du processus parcours, incluant la démarche précoce d'insertion, permet au Centre Mutualiste Neurologique Propara d'être en conformité avec son ambition de faire du séjour du patient un nouveau départ comme le confirment les représentants des Usagers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CMNP assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus parcours patient sur la base d'outils identifiés (indicateurs de ressources, de processus et de résultats, tableaux de bord, bilan d'activité, ...). Les orientations stratégiques et notamment celles relatives au parcours patient font l'objet d'un suivi par indicateurs (EPRD, CREF, RH). A l'instar des autres processus, le parcours patient a fait l'objet d'un audit de processus interne.

L'établissement recueille les Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins qui lui sont applicables et assure en interne le recueil hors protocole de ceux dont il est exclu. Les indicateurs établis en interne font l'objet d'une fiche descriptive en garantissant la reproductibilité.

On retiendra en particulier le suivi de la pertinence du circuit du patient à l'admission (sur la base d'un Staff EPP), le suivi de la traçabilité (du PPS, du taux de pesée à l'entrée et dans les sept jours, du taux de "l'activité brute" du programme éducation thérapeutique, de l'évaluation du risque suicidaire, du suivi de la démarche précoce d'insertion), le suivi de la conformité du courrier de sortie et le recueil des événements indésirables, ...

Des audits et EPP sont mis en œuvre, audit de la remise du livret d'accueil, évaluation de la prise en charge nutritionnelle, staff EPP sur les pratiques éducatives dans le champ des soins courants, ... Des démarches patients traceurs ont été initiées. Les événements indésirables graves font l'objet d'analyses (CREX, RMM) et l'établissement a développé une culture du signalement et traitement des presque-accidents. Enfin, l'établissement assure l'évaluation de la satisfaction des patients en lien avec la commission des Usagers (CDU).

Toutefois, le dispositif d'évaluation dans le champ du parcours patient n'est pas défini de manière exhaustive. En balnéothérapie, des données sont recueillies au quotidien et à périodicité définie notamment sur le suivi de la qualité de l'eau ; il a été constaté une absence de tableau de bord validé et partagé notamment avec l'EOH. Cette situation est essentiellement due à la suspension temporaire du CLIN précédant la réorganisation de la gouvernance de l'établissement. L'établissement, dans le cadre de sa dynamique, a repositionné le CLIN dans l'ensemble de ses attributions ; un nouveau tableau de bord a été initié au cours de la visite, sa finalisation, validation et mise en application étant projetées dans les meilleurs délais.

Le CMNP exploite les résultats des évaluations, les partage et identifie les actions d'amélioration requises. La stratégie d'évaluation, est ajustée en fonction des résultats observés, (clôture d'EPP ou introduction de

démarches nouvelles, révision des indicateurs, ...).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées dans le cadre des démarches d'évaluation sont mises en œuvre, intégrées dans le PAQSS et dans le CQ pour celles relevant des risques prioritaires. Les modalités de suivi sont définies conformément au dispositif institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis, affichage, publications ponctuelles internes, réunions et transmissions, interventions des infirmières référentes et infirmier coordonnateur, des cadres et des COQUAL. La communication des résultats des évaluations et actions est réalisée en interne. Dans le cadre de la CDU, les représentants des Usagers bénéficient des retours d'information et concourent au suivi des actions.

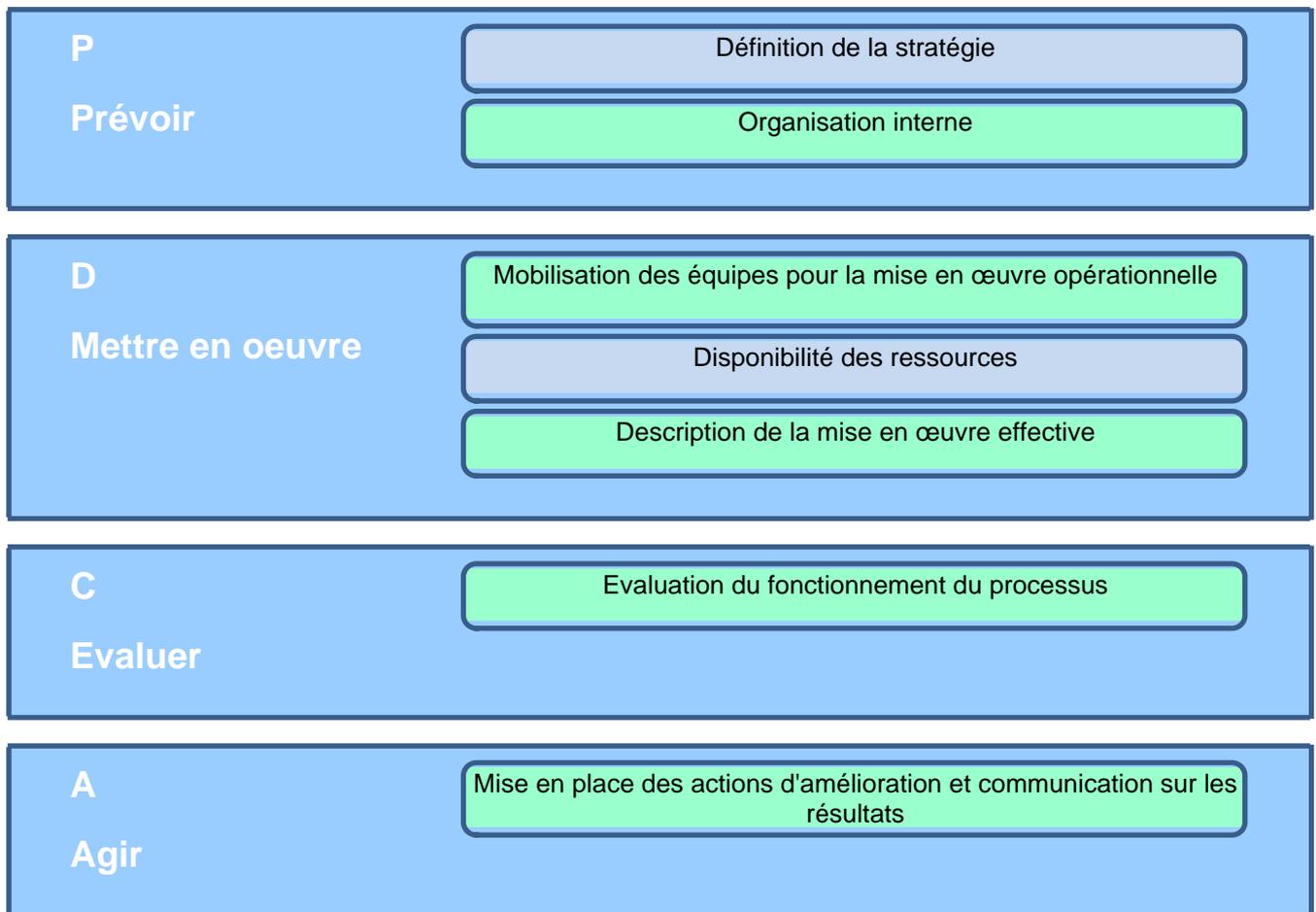
DOSSIER PATIENT

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

Le Centre Mutualiste Neurologique Propara (CMNP) de Montpellier a basculé début 2016 vers un nouvel applicatif pour son Dossier Patient Informatisé (DPI). Il est informatisé pour l'ensemble des services, des métiers et intègre également le circuit du médicament. Le stockage des données est assuré par le CMNP.

La politique du Dossier Patient a été établie au regard des besoins de l'établissement. Elle a été formalisée en lien avec le déploiement du nouvel applicatif. Cette politique est centrée sur cinq axes stratégiques notamment sur l'amélioration de la tenue du Dossier Patient (de sa création à l'archivage) et de sa sécurisation comme élément déterminant de la qualité et continuité des soins.

Le CMNP a défini une carte d'identité du processus et une cartographie structurée des risques inhérents au Dossier Patient. Quatre risques ont été identifiés comme prioritaires dans le Compte Qualité, ils portent sur la méconnaissance des responsabilités des professionnels quant aux règles d'utilisation du Dossier Patient, sur le non-respect des délais réglementaires dans la transmission du Dossier Patient, sur le défaut de qualité des données saisies (perte d'information, risque de collision) lié à la cohabitation du dossier patient papier avec le DPI, sur la résistance au changement, (passage du dossier patient papier au DPI).

Le compte qualité a été élaboré sur la base des travaux du Groupe DPI. Les risques ont été hiérarchisés et des objectifs propres à permettre un déploiement sécurisé et harmonisé des pratiques ont été établis.

Un PAQSS dédié à la gestion du Dossier Patient et à son accès est articulé avec les actions prioritaires identifiées dans le Compte Qualité.

La stratégie et le PAQSS ont été validés par les instances notamment par le COPIL QGDR, la CME et la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus dossier patient. Un pilote et deux copilotes ont été désignés. Le pilote dispose d'une fiche de fonction « pilote de processus » qui détermine ses missions.

Le pilotage du processus a instauré un groupe DPI pour déterminer de manière pluri-professionnelle les besoins en matière de déploiement du DPI. Le groupe de travail DPI composé du pilote, des deux copilotes associe les acteurs impliqués par cœur de métiers. Des référents DPI ont été nommés pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation de jour. En matière d'accès du patient à son dossier, le pilotage de la démarche relève de la Direction.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines pour le processus dossier patient. La création des comptes utilisateurs et la formation des nouveaux arrivants reposent sur des référents DPI identifiés et les professionnels déjà formés. Le service informatique est en charge de la maintenance technique. Des formations ont été organisées par l'éditeur pour le groupe DPI et pour la présentation de l'outil aux professionnels.

S'agissant des ressources matérielles, le parc informatique permet dans chaque service, et en particulier dans les unités de soins, de disposer d'un ordinateur dans le poste de soins et de deux ordinateurs sur chariots mobiles dont un dédié à l'administration du médicament. Les médecins disposent chacun d'un ordinateur et d'une tablette. L'établissement dispose de salles serveur et de sauvegarde en interne et organise la maintenance. Il organise le stockage des composantes papier du dossier patient dans des conditions sécurisées au sein des services et dans un local d'archivage sécurisé.

Concernant les ressources documentaires nécessaires au processus dossier patient, on retiendra notamment l'existence de procédures d'accès au dossier médical, d'un guide d'utilisation du dossier patient comprenant les règles d'accès aux professionnels habilités (internes et externes), d'un mode dégradé assorti des supports de saisie au format papier (Plan de soins de secours). La documentation traite entre autres des règles et modalités de communication du dossier en temps utile entre professionnels impliqués dans la prise en charge (courrier et fiche de liaison). Des documents à caractère technique (fiches techniques et didacticiels) sont disponibles. Les utilisateurs en sont informés et l'effectivité de la prise de connaissance est organisée et tracée. Enfin, le livret d'accueil des patients intègre l'information quant au droit d'accès pour le patient et ses ayants droits. La documentation relative au fonctionnement du dossier patient est diffusée via la Gestion Électronique Documentaire (GED) de l'

établissement.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour le fonctionnement du dossier et pour faciliter la concertation entre les différents professionnels impliqués, (service administratif des patients, services de soins, service informatique, prestataire du DPI, ...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Eu égard à la taille de l'établissement et à sa volonté de garantir une approche harmonisée de la gestion du dossier patient, aucune déclinaison spécifique des objectifs et plans d'actions opérationnels n'est requise au sein des services.

Les cadres médicaux et paramédicaux ainsi que les référents DPI sensibilisent les professionnels sur les enjeux de la qualité de la tenue du dossier patient. Ils s'assurent au quotidien des pratiques et de la complétude des données. Au regard des résultats de leurs observations, des actions correctives sont mises en œuvre.

Des réunions de service avec les professionnels ont lieu une fois par semaine et permettent d'informer des attentes en matière notamment de tenue du Dossier Patient. L'assistante sociale et la psychologue y sont présentes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations des professionnels et des nouveaux arrivants en cas d'évolution importante du logiciel DPI, sont effectives et le maintien des compétences est assuré.

La disponibilité des documents élaborés par l'établissement pour le processus dossier patient est opérationnelle dans les services grâce à la gestion électronique documentaire. La documentation est actualisée. Les modalités d'accès à ces documents sont connues et confirmées par les professionnels rencontrés. Les procédures de mode dégradé notamment plan de soins de secours ainsi que les supports de saisies nécessaires dans l'attente de la remise en exploitation du DPI sont disponibles. Les équipes se sont approprié ces organisations et règles.

Les locaux (salles de soins et local d'archivage) sont conformes à l'organisation définie et aux exigences de sécurité. Le parc informatique est adapté à l'activité via les ordinateurs, tablettes et imprimantes. Le suivi et la maintenance préventive et curative des équipements informatiques sont effectifs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services connaissent et mettent en œuvre l'organisation et les règles définies pour le fonctionnement du dossier patient et la traçabilité de la prise en charge.

Lors de l'accueil du patient, à la faveur de la remise accompagnée du livret d'accueil, l'information du patient concernant l'accès à son dossier est assurée.

Toutefois, l'accès du patient à son dossier n'est parfois pas assuré dans les délais définis par la réglementation. D'après le tableau de suivi des indicateurs des demandes d'accès au dossier patient, une partie des dossiers ne sont pas transmis dans le délai légal de 8 jours pour des dossiers de moins de cinq ans. Ces retards sont identifiés comme liés à l'absence des différents professionnels en charge d'en assurer la constitution, la validation et la transmission du dossier. Par conséquent, il en résulte pour des demandes majoritairement assurantielles un risque de retard d'ouverture de droits pour les patients. L'établissement, conscient de ce dysfonctionnement, a engagé la révision de son organisation, a procédé à la mise à jour de la procédure d'accès au dossier afin de permettre notamment d'assurer une suppléance en cas d'absence du professionnel responsable, et a révisé les modalités de recueil des indicateurs.

La CDU est informée du suivi et du traitement des demandes d'accès au Dossier du patient.

Du fait de l'informatisation, le partage des données entre professionnels est effectif en temps réel. La disponibilité du dossier (papier) issu d'éventuels séjours antérieurs de patients est assurée à la faveur de l'anticipation systématique des admissions.

Les données à partager, le cas échéant, avec les professionnels extérieurs à l'établissement impliqués dans les prises en charge sont rendues disponibles dans des délais appropriés (courrier et fiche de liaison).

La confidentialité des informations est respectée notamment par le renouvellement régulier des mots de passe, la déconnexion des sessions, la fermeture des bureaux et des postes de soins contenant les

dossiers papier. La coexistence de dossier papier et du DPI est gérée par l'ensemble des professionnels selon les règles établies.

Les circuits permettant le fonctionnement et la maintenance du DPI sont respectés et les interfaces entre services de soins, service informatique et service administratif des patients sont opérationnelles.

La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient est effective comme le confirment les parcours patients traceurs réalisés en cours de visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe au recueil d'indicateurs nationaux le concernant. Il assure en plus un recueil des indicateurs de tenue du dossier patient réalisé hors protocole. Il mène, en outre, plusieurs évaluations internes : un audit sur les connaissances réglementaires et l'appropriation des bonnes pratiques, un audit DPI (réalisé par le Technicien d'Information Médicale et l' Assistante Médico Administrative) portant sur la traçabilité de la personne à prévenir et la désignation de la personne de confiance, un contrôle de l'absence d'événements indésirables en rapport avec le dossier, le suivi des plaintes et réclamations en lien avec le DPI.

Les cadres, référents et pilotes participent au recueil et à la complétude des données.

S'agissant des demandes d'accès au dossier, les indicateurs de suivi et de délai sont établis.

Ces évaluations permettent de réajuster le plan d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en œuvre à la faveur des évaluations réalisées. Les actions prioritaires du compte qualité ont été réajustées en cohérence avec le PAQSS. Des ajustements réguliers sont opérés en interne et en lien avec le prestataire.

Les représentants des usagers sont informés de ces actions dans le cadre du COPIL QGDR et de la CDU.

L'encadrement assure le retour de ces actions et résultats sur un mode oral auprès des équipes à travers notamment de la réunion d'information hebdomadaire, de la réunion mensuelle à l'échelle de l'établissement et de la diffusion des IQSS hors protocole sur la Tenue du Dossier Patient.

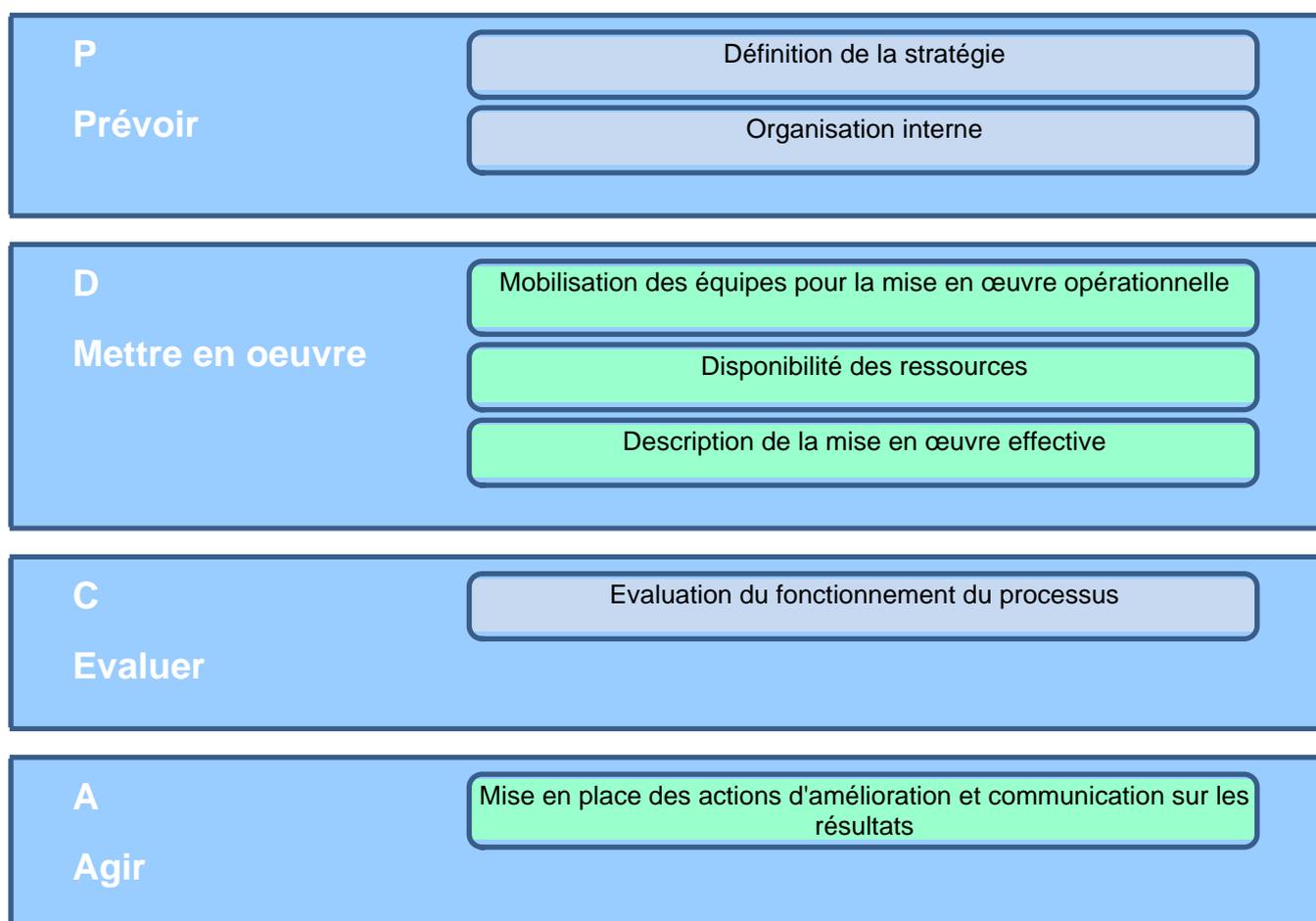
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 prise en charge médicamenteuse du patient est organisée au Centre Mutualiste Neurologique Propara (CNMP) sur la base d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), un pharmacien et deux préparateurs en pharmacie hospitalière, une informatisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient de la prescription médicale jusqu'à l'administration incluant la gestion des approvisionnements de la PUI, et une dispensation journalière individuelle nominative (DJIN). Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) est signé depuis 2017.

Sur la base des évolutions réglementaires, des référentiels de bonnes pratiques, des guides de la Haute Autorité de Santé (conciliation médicamenteuse par exemple), de l'analyse des risques a priori, des évaluations et analyses d'événements indésirables, ..., l'établissement identifie en continu ses besoins et risques, il ajuste sa politique de prise en charge médicamenteuse et anticipe l'évolution du processus. La stratégie visant à sécuriser le circuit du médicament et lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable est formalisée et les objectifs sont synthétisés dans une affiche à destination des équipes (Les axes de la politique de prise en charge médicamenteuse).

Des dispositions spécifiques aux personnes âgées sont établies, (la limite d'âge retenue au regard de l'impact physiologique du handicap étant de soixante ans).

La politique traite également de la notion de médicaments à risques en référence à la liste des never-events, en référence aux spécificités des patients accueillis, ou encore en référence à des dispositifs médicaux comme par exemple le risque d'obturation de la GEP en rapport avec certains médicaments.

Une politique spécifique aux antibiotiques est formalisée, elle est notamment motivée par le risque infectieux propre à la spécialité et la nature des actes qui sont pratiqués. La liste des médicaments de consonances ou d'apparences semblables est définie.

Les objectifs de la politique de PECM sont déclinés dans le programme institutionnel d'amélioration de la qualité (PAQSS). La priorisation des risques et des actions s'y rapportant est effective. Le compte qualité comporte les priorités en cours de traitement. Le PAQSS comporte la définition des pilotes, échéances et modalités de suivi des actions.

La politique et le programme d'actions sont validés par les instances concernées, COMEDIMS et CME.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions, des risques identifiés et de ses objectifs, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Sur le plan des ressources humaines, l'établissement organise la présence concomitante de la pharmacienne et des préparateurs pour assurer la dispensation dans le respect de la réglementation. Des modalités de remplacement de pharmacien sont établies. Un arbre décisionnel traitant notamment des modalités d'approvisionnement hors ouverture de la PUI garantit la permanence pharmaceutique, (convention cadre, officines...). Les prescripteurs habilités sont identifiés et la gestion des paraphes est effective. L'organisation générale de l'établissement prévoit les effectifs infirmiers adaptés pour permettre l'administration des médicaments sans glissement de tâche. La notion d'aide à la prise par les aides-soignants est établie.

Un plan de formation est établi (PAUF), il comporte des actions relatives à la PECM, (Administration médicamenteuse, formation à caractère obligatoire par module d'e-learning, Circuit du médicament et aide à la prise, Formation à destination des Aides-soignants diplômés avant la réforme des études menant au Diplôme Professionnel). Des formations et sensibilisations sont prévues notamment à l'erreur médicamenteuse, chambre des erreurs. L'intégration des nouveaux arrivants incluant les internes est organisée, un tutorat par les pairs est également organisé. Une récente démarche de fiabilisation de l'adaptation au poste par « parcours documentaire d'intégration » a été définie.

Sur le plan des ressources matérielles, les locaux de la PUI et dans les services sont sécurisés et disposent des équipements requis, en particulier, (coffres des substances classées comme stupéfiants, réfrigérateurs médicaux avec enregistrement pour les produits soumis à chaîne du froid, armoires et chariots sécurisés, parc de pousse seringues homogène, broyeurs à médicaments, armoire sécurisée de dotation pour besoins urgents, dispositif de surconditionnement, reconditionnement des produits non disponibles en doses unitaires, conditionnement de fragments pour les médicaments à marge étroite...). Eu égard à l'informatisation complète de la PECM, l'établissement prévoit un parc informatique adapté à

son activité et en particulier des ordinateurs portables sur les chariots d'administration des médicaments. La politique d'achats privilégie les doses unitaires et l'approvisionnement sécurisé des DMS est organisé, (notamment s'agissant des règles de compatibilité entre DM et DMS). Un plan d'investissement est défini. La maintenance est organisée.

Sur le plan des ressources documentaires, le Manuel qualité de la PECM et celui de la PUI sont formalisés. Des procédures validées sont en place, (organisation générale de la PECM, gestion des médicaments à risques, gestion du traitement personnel...).

Les règles de prescriptions (antibiotiques, médicaments en ATU, hors AMM, prescriptions chez le sujet âgé, ...) sont formalisées et la prescription est exclusivement informatisée et l'accès aux référentiels de bonnes pratiques est organisé (liste des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé, ...). Le livret du médicament est intégré au logiciel DPI.

L'organisation de la dispensation médicamenteuse (DJIN) et de la conciliation pharmaceutique est formalisée, (Dispensation nominative des traitements médicamenteux prescrits, analyse pharmaceutique et conciliation des traitements médicamenteux...). La gestion d'une dotation minimale en service est définie.

Les règles de transport des produits et DMS sont établies.

Des fiches techniques définissent les modalités d'administration des médicaments, (Administration des médicaments, Stylos à insuline, Préparation et administration des injectables, ...). Les modalités de validation extemporanée de l'administration des médicaments prévoient, dans le cadre d'une panne logicielle, le recours à un export régulier du plan de soins (avec champ pour validation), et, en cas de panne prolongée, des supports de prescription administration.

L'établissement organise la mise à disposition de cette documentation sur son logiciel de gestion électronique documentaire (GED) supportant en outre le dispositif de signalement des événements indésirables. A fins de résilience du système, une base documentaire papier en miroir de la GED est en place.

Le processus PECM est décrit et identifie les processus en interface. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et permet l'articulation cohérente des missions. Le lien entre prescripteurs et pharmacien est constant, les interventions pharmaceutiques en appui des prescripteurs sont parties intégrantes de la dynamique de maîtrise des risques liés à la PECM. Les modalités de coopération et de concertations avec les équipes soignantes, avec les fonctions administratives, (direction générale, achats, comptabilité), et avec les fonctions logistiques sont établies.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions inhérents à l'amélioration continue de la qualité de la PECM sont mis en œuvre de manière homogène dans l'ensemble des services.

Les médecins, l'encadrement, les infirmières référentes, l'infirmier de coordination, les correspondants qualité, interagissent en synergie avec la pharmacienne pour sensibiliser les professionnels sur les risques liés à la PECM, notamment les risques d'erreur médicamenteuse, (en fin de transmissions inter-équipe, lors de réunions de service, semaine de sécurité des soins). Ils contribuent au développement de la culture qualité sécurité. Une vigilance particulière est apportée aux situations de perturbation de tâches au cours des activités en lien avec la PECM.

Les infirmières référentes s'assurent au quotidien, dans le cadre de leur activité de soins, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Elles concourent aux audits de pratiques organisés par la pharmacienne et informent les professionnels de leurs résultats. Elles assurent également le recueil des questionnements, difficultés, suggestions émanant de leurs équipes.

Au regard des résultats des évaluations et contrôles de conformité, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En conformité avec les organisations établies pour la prise en charge médicamenteuse, les ressources en compétences (pharmacienne en titre, pharmaciens remplaçants, préparateurs, personnel infirmier en charge de l'administration). L'intégration des nouveaux professionnels est assurée conformément au dispositif en place. Le plan de formation est mis en œuvre (formations présentiels, e-learning).

Les ressources matérielles sont disponibles à la PUI et dans les services et leur maintenance est assurée (locaux sécurisés, supports de stockage et d'administration des médicaments, réfrigérateurs médicaux avec enregistrement des températures, armoire spécifique de dotation pour besoins urgents sans accès à la PUI... Les professionnels disposent des équipements informatiques à concurrence des besoins pour mettre en œuvre une administration sécurisée et tracée.)

La documentation actualisée est disponible dans les secteurs et les professionnels concernés ont connaissance des modalités de fonctionnement du circuit du médicament, y compris dans le cadre du « mode dégradé » applicable en cas d'indisponibilité du DPI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie est mise en œuvre à la PUI et dans les services.

Les besoins médicamenteux sont identifiés dès la pré-admission pour s'assurer de la disponibilité des médicaments lors de l'arrivée du patient. Les médicaments personnels du patient sont retirés et stockés jusqu'à la sortie. La conciliation médicamenteuse du traitement est systématisée à l'admission et sa pratique est initiée lors de la sortie.

Les prescriptions sont réalisées sur le DPI ; en hôpital de jour, l'entier traitement du patient est saisi, même en l'absence d'administration médicamenteuse en cours de journée. Les mesures spécifiques à la prescription chez le sujet âgé sont appliquées.

La pharmacienne assure l'analyse pharmaceutique de l'entier traitement pour tous les patients ; les interventions pharmaceutiques s'inscrivent dans un dialogue constant avec les prescripteurs.

Les activités de surconditionnement, reconditionnement des médicaments non disponibles en doses unitaires, production sécurisée de fragments pour les médicaments à marge étroite, dispensation journalière individuelle nominative sont réalisées conformément à l'organisation établie. Une double vérification de la DJIN est assurée à la PUI définie. L'établissement ne réalise pas de préparations magistrales. Les modalités de transport sécurisé et de stockage sont respectées.

Lors de la phase d'administration, l'infirmière conduit une ultime vérification du contenu de la DJIN pour chaque patient (règle des 5B), l'identification des médicaments est effective jusqu'à l'administration. L'infirmière accède dans le DPI aux informations quant au bon usage et aux précautions requises, elle en informe le patient, valide le traitement en temps réel et saisit dans le dossier les difficultés éventuelles, refus ou incidents lors de la prise.

Toutefois, la traçabilité de l'administration effective des médicaments dans le dossier du patient n'est pas totalement garantie. L'organisation de la prise en charge médicamenteuse prévoit l'évaluation par le médecin de la capacité du patient à prendre ses médicaments de façon autonome après vérification des 5B par l'infirmière. Il a été observé que les médicaments étaient remis systématiquement aux patients sans supervision de la prise et sans que leur autonomie ne soit actée par le médecin. Après avoir remis les produits au patient, l'infirmière valide en extemporané la distribution du traitement. L'effectivité de la prise des médicaments ne peut donc être attestée. Le risque pour le patient est celui d'un mésusage ou d'une non observance du traitement. La cause avancée est le souci d'autonomie du patient. L'établissement a engagé une amélioration du DPI pour les infirmiers afin de favoriser la lisibilité de l'évaluation médicale de l'autonomie de prise du traitement.

Les mesures permettant la continuité du traitement lors des permissions sont mises en œuvre. Le patient bénéficie d'actions éducatives ciblées visant à le rendre apte à la supervision de son traitement lors de son retour à domicile.

La gestion de la dotation en unité, des médicaments dans les chariots d'urgence, le contrôle de la température de réfrigérateurs médicaux, sont effectifs.

Le recueil des événements indésirables et presque-accidents liés à la PECM est effectif et leur analyse est assurée, le cas échéant, en CREX selon la méthode Orion. Les interfaces entre PUI, services cliniques, services administratifs et logistiques sont opérationnelles.

Le COMEDIMS se réunit et traite de l'ensemble de ses attributions, en lien avec la CME et en articulation à la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CMNP assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la politique de management de la prise en charge médicamenteuse du patient notamment sur la base d'indicateurs nationaux, régionaux et internes, (indicateurs de ressources, d'activité et de résultat). Les indicateurs sont synthétisés dans un tableau de bord partagé au sein du COMEDIMS et plus globalement avec le management de l'établissement.

Des évaluations des pratiques professionnelles (Analyse pharmaceutique de la pertinence des prescriptions ATB et mise en relation avec le site infectieux, Analyse des prescriptions chez la personne

âgée, Sécurisation des prescriptions et de la PECM lors des transferts par la conciliation des traitements médicamenteux, partie intégrante de la pharmacie clinique...) et des audits (audits de pratiques, audits cliniques) sont menés. Les parcours patients traceurs effectués concourent à l'évaluation du processus. Quatre CREX sont conduits annuellement. Un bilan d'activité intégrant l'ensemble des résultats et les actions de bon usage du médicament est établi dans le rapport annuel du COMEDIMS. Les résultats des évaluations sont exploités et donnent lieu à des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées à l'occasion des évaluations, suivis d'indicateurs, audits et analyses d'événements indésirables sont intégrées au PAQSS articulé avec le compte qualité. La réévaluation de l'analyse des risques est effective et donne lieu à actualisation du PAQSS et du compte qualité. Le suivi des actions est assuré selon le dispositif institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis, affiches, Flash pharmacie, diffusion des comptes-rendus du COMEDIMS, diffusion nominative avec obligation de validation de lecture sur la GED ... La communication des résultats et actions est réalisée lors des réunions de CME restreinte hebdomadaires et des réunions du COQUAL. Les infirmières référentes, l'encadrement et les correspondants qualité relayent l'information auprès des équipes. Le rapport d'activité du COMEDIMS est transmis à la CME et au CA.