



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
MAISON POUR ENFANTS A
CARACTÈRE SANITAIRE
SPÉCIALISÉ DE
CASTELNOUVEL**

**Mecs castelnouvel
31490 Leguevin
MARS 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
ANNEXE	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

MAISON POUR ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE SPECIALISE DE CASTELNOUVEL	
Adresse	Mecs castelnouvel 31490 Leguevin
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	340015171	UGE CAM LANGUEDOC ROUSSILLON MIDI PYRENEES	515, avenue georges frêche 34170 Castelnaud Le Lez
Etablissement de santé	310780481	MAISON POUR ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE SPECIALISE DE CASTELNOUVEL	Mecs castelnouvel 31490 Leguevin

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	60	20

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	CHU Toulouse
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. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

5. 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	Adolescent	Hospitalisation complète	/			SSR
2	Enfant	HDJ	/		Scolarisé à l'extérieur de la structure	SSR
3	Enfant	Hospitalisation complète	/			

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

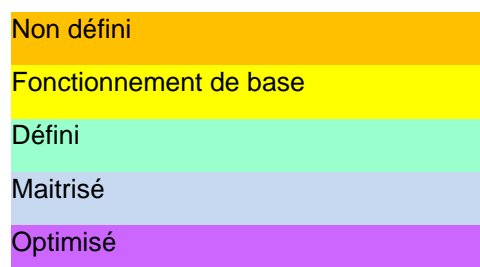
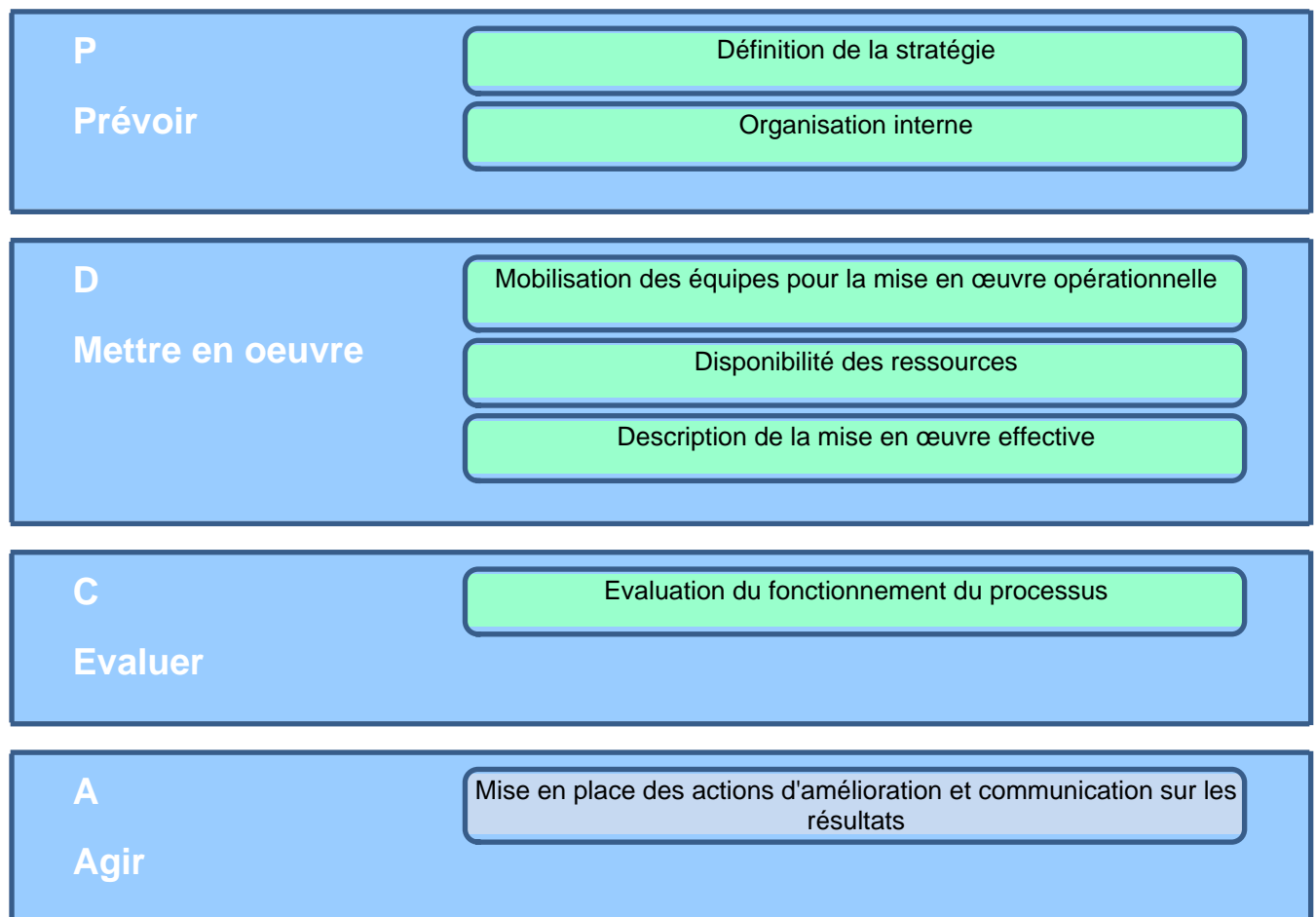
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est formalisée et validée en Conseil d'Administration. Elle intègre les EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que les plans de gestion de crise (blanc, canicule, grippe aviaire). Les vigilances sont intégrées. Des plans d'actions sont élaborés à partir de l'identification des risques et leur hiérarchisation. Des audits réalisés entre autre par le siège de l'UGECAM, les données de la certification précédente, les données des évaluations internes, les FEI ont permis de faire une cartographie et une hiérarchisation des risques. La cartographie des risques, élaborée depuis 2008, est révisée annuellement, le PAQSS deux fois par an. Il est institutionnel et couvre l'ensemble des activités de l'établissement. Il est décliné en actions avec un pilote et un échéancier.

La politique et le plan d'actions associés n'ont pu être validés par toutes les instances concernées car la CME ne fonctionne plus depuis un an.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur de l'établissement est le responsable qualité, la cadre de soins en est la référente. Un Copil assure la gestion de la qualité et des risques. Un service qualité gestion des risques au siège régional peut apporter son soutien. Une Charte de Confiance émanant du DG de l'UGECAM Languedoc, Roussillon, Midi-Pyrénées s'engageant à la non punition et favorisant le retour d'expériences est en vigueur. Des formations ont été dispensées aux groupes de travail. La CRU est informée de la politique GDQR. Les documents utiles à l'établissement sont identifiés, formalisés, intégrés au système de gestion documentaire et disponibles. Une organisation permettant de répondre aux alertes sanitaires est opérationnel. Chaque vigilance a un responsable désigné. Elles sont intégrées dans le fonctionnement QGDR. La gestion des plaintes et réclamations est organisée, coordonnée avec la gestion globale de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Il existe une implication des professionnels dans le traitement des réclamations du traitement des événements indésirables. En revanche, la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins n'est pas définie ni identifiée dans l'établissement. Il n'y a pas de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins identifié dans l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé et éducatif organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels après analyse des risques et besoins. L'implication des équipes est recherchée. Des informations régulières sont données par l'intermédiaire des réunions régulières, des mails. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par les cadres avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences avec des personnels formés à la gestion des risques et à la qualité sont présents dans l'établissement. Un recours à l'échelon régional est possible. Les ordinateurs sont en nombre suffisants pour permettre à l'ensemble des personnels d'accéder à la documentation en place et à la déclaration des événements indésirables. Ce dispositif est connu de l'ensemble des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour le fonctionnement et le management sont mises en œuvre dans tout l'établissement. Les professionnels connaissent les FEI, le circuit et les utilise à bon escient. Ils participent à leur traitement avec les responsables formées à la qualité gestion des risques. Un retour du traitement de l'événement indésirable est fait. Des plans d'actions d'amélioration sont élaborés en y associant les acteurs (équipes, instances, usagers) et intégré au plan institutionnel. La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les responsables du processus qui suivent les indicateurs et tableau de bord réalisés périodiquement. Les résultats sont communiqués

aux professionnels via les réunions organisées au sein des secteurs infirmiers et éducatifs, en commission son infirmier, et par mails.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, un certain nombre d'entre elles entraînent le développement d'EPP. Ce programme existe depuis 2008 et est une pratique constante dans l'établissement depuis l'élaboration de la cartographie des risques. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels par les réunions, et mails et des usagers en particulier par l'envoi postal une circulaire d'information.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique et le plan d'actions associés n'ont pu être validés par toutes les instances concernées. La CME ne fonctionne plus depuis un an.	2c
P / Organisation interne	NC	La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins n'est pas définie ni identifiée dans l'établissement. Il n'y a pas de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins identifié dans l'établissement.	8b

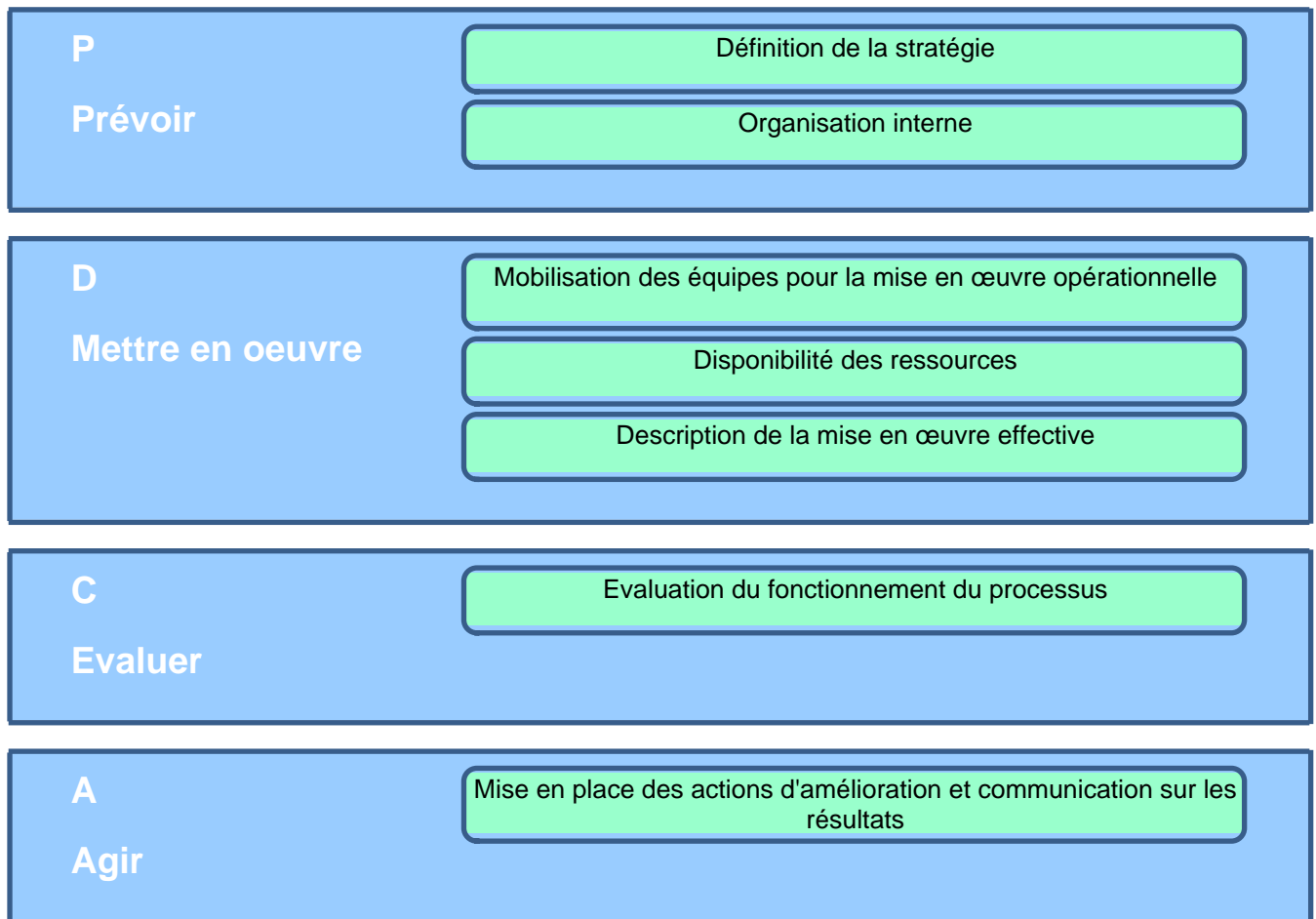
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique Droits des patients est intégrée à la politique qualité de la MECS de Castel Nouvel. Les principaux risques ont été identifiés a posteriori à partir d'indicateurs propres à l'établissement, d'enquêtes de satisfaction ciblées, d'EPP, de l'analyse des événements indésirables. Les situations porteuses de risques ont aussi été identifiées sur la base d'une réflexion institutionnelle conduite par un groupe de travail associant professionnels et anciens patients. L'analyse de ces risques a permis d'identifier les principaux qui ont été inscrits au compte qualité. Le niveau de criticité a été évalué selon l'échelle proposée par la HAS. Une stratégie d'actions est déclinée en conséquence. Le programme est formalisé et planifié. Les demandes et réclamations des représentants des usagers ont été pris en compte (EPP sexualité, audit sur les sorties et préparation à la majorité).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "Droits des patients" est assurée par une chargée de mission en possession d'une lettre de mission. Sont associés à ce pilotage et au suivi des actions, une des psychologues et le cadre éducatif référent "Bientraitance". La déclinaison du programme d'actions est portée par le cadre de santé et le cadre éducatif qui assurent en outre l'interface entre les différents secteurs via des réunions de concertation pluri-disciplinaires. Le plan de formation intègre chaque année les besoins en prenant en compte les risques identifiés en termes de respect des droits des patients (bientraitance, développement des compétences pour une meilleure connaissance des besoins des patients accueillis...). Les nouveaux embauchés sont aussi formés à la spécificité des prises en charge et informés des droits des jeunes patients.

La gestion documentaire est informatisée et structurée. Une procédure de signalement des cas de maltraitance est en place depuis 2008 et diffusée.

L'information des usagers est organisée par le livret d'accueil et l'information des jeunes majeurs est réalisée dans le cadre d'une procédure d'accompagnement à la majorité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation et la coordination des compétences nécessaires à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des jeunes patients sont assurées par chaque responsable de service qui utilisent essentiellement les temps de réunion pour informer et sensibiliser les professionnels. Un temps est alors régulièrement réservé à la réflexion sur les droits des patients. Les événements indésirables sont analysés avec les équipes concernées et des actions correctives sont immédiatement mises en place. Les professionnels ont été associés aux EPP en fonction de leurs compétences respectives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les protocoles de prise en charge ainsi que les modalités de signalement des événements indésirables sont maîtrisés par les professionnels. Les professionnels de l'ensemble des secteurs d'activité ont accès au système d'information. Les professionnels sont conscients des risques et sont formés. La charte de bientraitance est remise à l'embauche.

Les locaux de soins sont adaptés au respect de la confidentialité et de l'intimité. L'hébergement des jeunes patients en chambres à 3 lits est maintenu pour des raisons médicales mais il est organisé afin de préserver l'intimité de chacun (rideaux dans les douches, espace privatif personnalisé dans les chambres, organisation des secteurs en fonction de l'âge et du sexe). Le respect de l'intimité a été confirmé avec les Patients Traceurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les dispositions pour assurer le respect des droits du jeune patient sont mises en œuvre au quotidien par les professionnels. La bientraitance est un point de vigilance pour l'ensemble des équipes qui se trouvent parfois confronté à des situations de violence. Une formation régulière, une procédure de gestion de ces situations et d'installation en chambre d'apaisement leur permet de répondre dans les meilleures conditions. Ces professionnels ont aussi reçu une information juridique sur le secret médical. Le Projet Individuel d'Accompagnement du jeune majeur mobilise l'ensemble des professionnels. L'interface et la coordination entre les services est assurée par une trinôme référent "infirmier - éducateur - enseignant" qui utilise un support commun pour préparer les temps de concertation. Les groupes de parole et la journée des parents sont autant de moments d'échange entre professionnels et parents.

En revanche, le nombre de réunions de la CRU n'est pas conforme à la réglementation. Si la CRU est réglementairement constituée, l'établissement organise seulement deux réunions annuelles. A noter, qu'il

existe en parallèle un Conseil de la Vie Sociale qui se réunit deux fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des enquêtes ciblées et les rencontres professionnels / usagers permettent d'évaluer les résultats des actions en place et de mettre en œuvre des actions correctives. La satisfaction des usagers quant à l'évolution du Projet Individuel d'accompagnement a été récemment mesurée.

A / AGIR

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

Les actions d'évaluation ont conduit à une révision du règlement intérieur qui a été présenté aux jeunes patients. L'amélioration des conditions de sortie à l'issue de la prise en charge reste un objectif prioritaire sur lequel l'équipe concentre toute son attention en concertation avec les usagers. Le respect des droits du jeune majeur reste aussi un objectif d'amélioration prioritaire pour l'établissement, plus précisément en termes de désignation de la personne de confiance. L'évaluation du projet Individuel d'accompagnement en milieu d'année en concertation avec les usagers est aussi une action d'amélioration identifiée. Ces actions sont intégrées au PAQSS institutionnel réactualisé deux fois par an. Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusées aux professionnels en commissions et via l'intranet de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le nombre de réunions de la CRU n'est pas conforme à la réglementation. Si la CRU est réglementairement constituée, l'établissement organise seulement deux réunions annuelles. A noter, qu'il existe en parallèle un Conseil de la Vie Sociale qui se réunit deux fois par an.	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

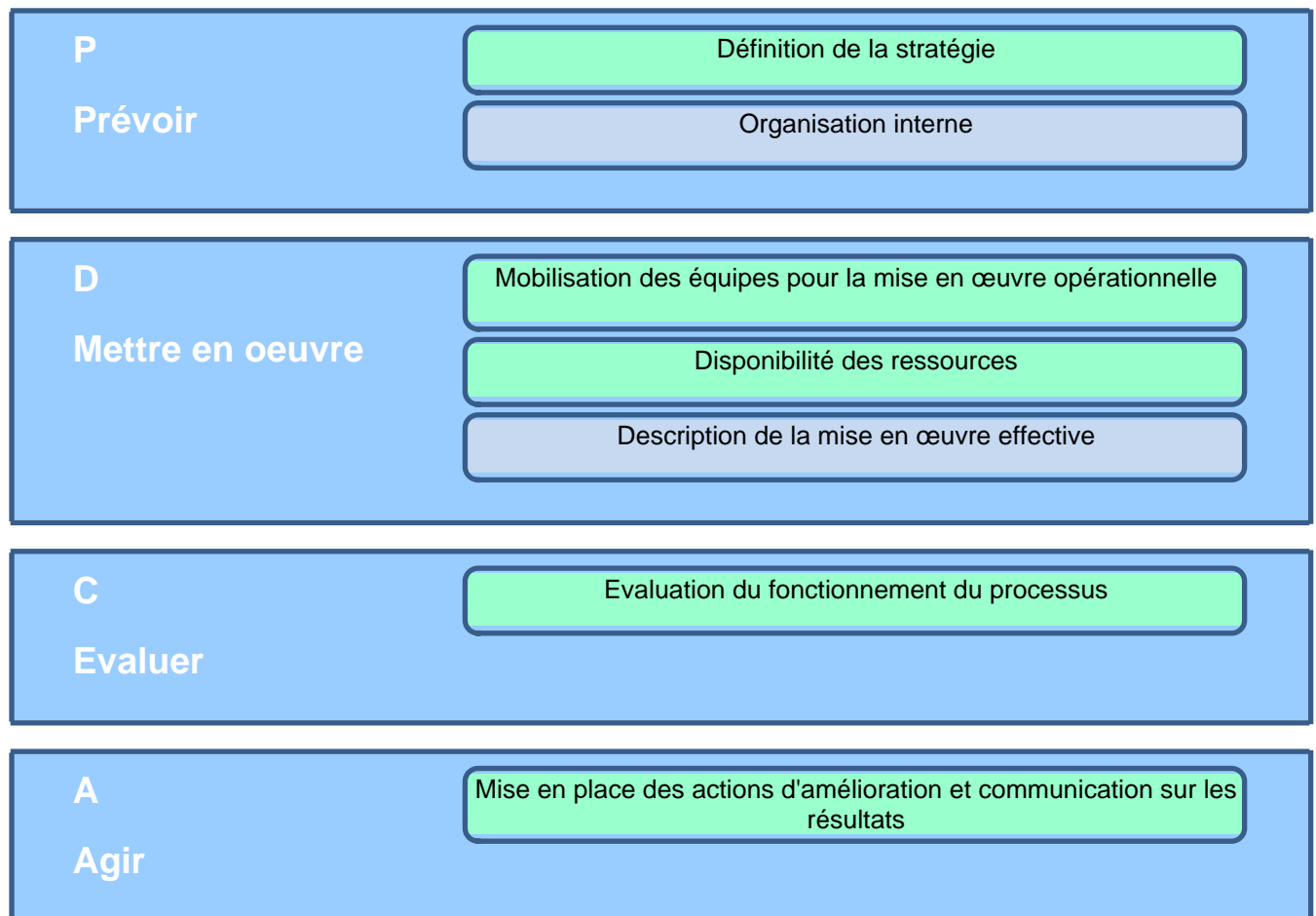
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de prise en charge du patient au sein de la MECSS Castel Nouvel a été définie en lien avec les besoins identifiés d'une population spécifique (enfant présentant une épilepsie sévère) et réaffirmée avec l'ARS lors du renouvellement des autorisations. Elle est validée par le CA.

Les risques ont été identifiés avec les acteurs de terrain en interdisciplinarité (médecins, soignants, éducateurs) au sein d'un groupe de travail à la fois a priori et a posteriori. Une formation méthodologique a été réalisée pour permettre la hiérarchisation des risques. Les principaux ont été inscrits dans le Compte Qualité. Un PAQS du parcours patient a été établi avec des objectifs d'amélioration, un échancier, un suivi, un réajustement et un pilote pour chaque action. Il est intégré dans le plan global d'amélioration de la qualité de l'établissement. La diffusion se fait en interne par le système intranet (mail et forum) et les réunions, en externe auprès des parents par une circulaire d'information envoyée régulièrement.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation de pilotage est mise en place avec un pilote (médecin coordonnateur), un copilote (responsable qualité) qui possède une lettre de mission et un groupe pluriprofessionnel des acteurs de terrain. Le choix du pilote s'est imposé naturellement compte tenu du type de l'établissement.

Les compétences pour la spécificité de la prise en charge de l'enfant présentant une épilepsie sévère sont adaptés (IDE, éducateurs, kinésithérapeutes, psychomotricienne, orthophoniste, psychologues, médecins) et leur effectif satisfaisant. Les besoins en formation sont identifiés notamment lors de l'entretien annuel du personnel. Des formations sont réalisées en corrélation avec les orientations du parcours patient et les évolutions prévues, un plan institutionnel est en place. Les procédures nécessaires sont identifiées et formalisées, validées, actualisées en fonction des besoins ressentis par les professionnels (par exemple, pour l'urgence, pour le repérage et la prise en compte du risque suicidaire). Ils sont disponibles et intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement. Les enfants épileptiques qui sont les usagers bénéficient d'une éducation thérapeutique adaptée à leur âge et leur problématique. Le système d'information informatisé est disponible dans les différents secteurs de l'établissement et accessible à tous. Il bénéficie d'une maintenance régulière.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé et éducatifs relaient la démarche d'amélioration dans leur secteur auprès des professionnels qui connaissent les enjeux et les objectifs. Les acteurs de terrain connaissent les évaluations et les indicateurs les concernant. Certains professionnels ont participé à des EPP et à l'élaboration des procédures. Ils déclarent les événements indésirables et prennent connaissance de leur traitement. Des actions correctives sont mises en place quand nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des professionnels sont en adéquation avec les besoins de prise en charge. La continuité est assurée. En cas de besoin, des avis compétents sont recherchés en dehors de l'établissement. Des formations sont assurées aux professionnels en corrélation avec leurs activités et la spécificité des patients accueillis (exemples : épiformation, psychopathologie...). Une formation aux urgences vitales a été faite. Elle est réactualisée régulièrement. Les procédures et les documents nécessaires sont, via le serveur informatique, disponibles, actualisés et connus de l'ensemble des professionnels. Un matériel d'urgence vitale (chariot et sac) est opérationnel, vérifié régulièrement et adapté à l'établissement et à sa population.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le mode d'hospitalisation (hôpital de jour, hospitalisation complète de semaine ou aménagée, de quinzaine) est adaptée à la situation personnelle de chaque enfant et à son âge. Un dispositif de repérage et de signalement d'idées suicidaires est disponible et connu de toutes les catégories professionnelles. Une prise en charge adaptée est alors mise en place avec si besoin recours à des consultations psychiatriques extérieures. Le suivi du poids est effectif, tracé et les conduites alimentaires sont prises en compte. Il existe un programme "santé" prenant en compte la nutrition. La permanence des soins est assurée avec des tableaux de présences et une organisation pour les urgences vitales est en place. La coordination avec les services extérieurs, lors de consultations spécifiques par exemple est assurée. Les patients sont admis après concertation entre le médecin, l'équipe pluridisciplinaire incluant les enseignants, les parents et le cas échéant le mineur. Une information concernant les règles de

l'hospitalisation et de la scolarisation est donnée, les documents ad hoc sont remis à la famille. Son arrivée est programmée. Une évaluation initiale complète comprenant tous les éléments nécessaires à l'organisation de la prise en charge est réalisée, actualisée et tracée dans le dossier du patient. Compte tenu de la spécificité de l'établissement, un projet individualisé d'accompagnement (PAI) en partenariat avec le médecin, les paramédicaux, psychologues, éducateurs, enseignants et la famille ainsi que l'enfant est rédigé et acté. Il est revu au moins annuellement (séjour de plusieurs années scolaires). La prise en compte du bénéfice-risque est réalisée en permanence pour toutes les prises en charge tout au long du séjour. Les parents sont toujours informés des événements survenant au cours de l'hospitalisation y compris le changement de traitement et leur accord est sollicité. Une éducation thérapeutique individualisée est faite chez les patients en tenant compte de leur âge, leur pathologie, leur cognition. L'objectif recherché étant de les autonomiser au maximum. Lorsque l'enfant quitte l'établissement lors des vacances, une lettre lui est remise mentionnant son histoire médicale, son traitement et éventuellement le suivi à effectuer. Un double est adressé au médecin traitant. Ce parcours et sa traçabilité sont confirmés par les patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilote et copilote ont structuré avec le groupe processus patient un dispositif d'évaluation et du suivi avec un certain nombre d'indicateurs adaptés à la spécificité de l'établissement (nombre de crises, recours aux urgences, besoin en formation, évaluation du devenir après la sortie...).

A / AGIR

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

Un programme d'amélioration de la qualité du parcours patient articulé avec le PAQS institutionnel est décliné en actions avec échéancier, modalités de suivi et pilote de l'action. Une communication aux professionnels est faite par intranet (mails et documents), lors des réunions et en Commission de Soins Infirmiers. Une communication auprès des usagers que sont les enfants et adolescents est faite de façon adaptée par le relai des éducateurs sur les sujets les concernant (exemple : alimentation) et des parents par l'intermédiaire de la circulaire d'info envoyée périodiquement.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

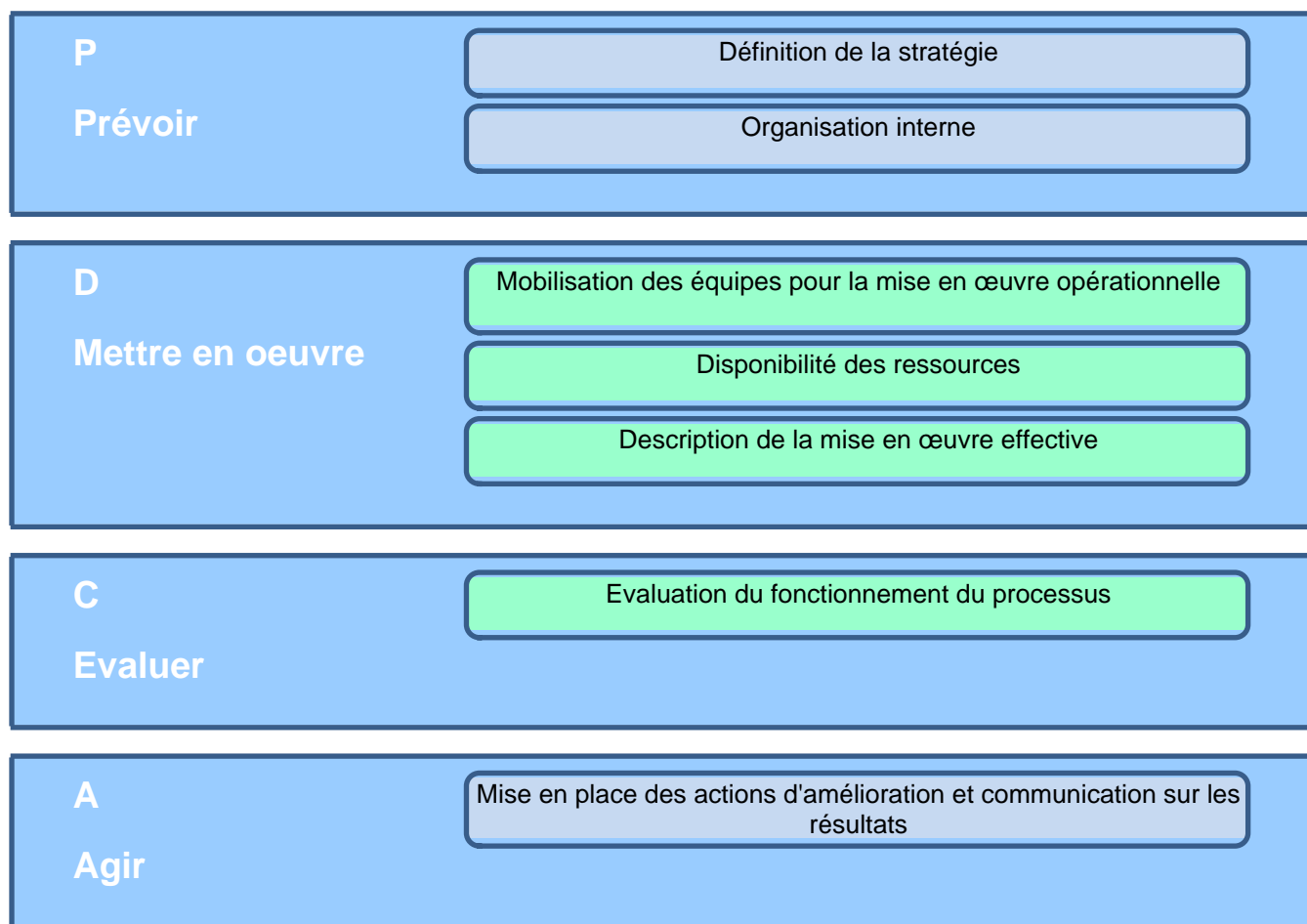
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Les sources de données utilisées par l'établissement sont : l'analyse de la conformité à la réglementation ; une réflexion institutionnelle issue de l'analyse des besoins en lien avec les missions particulières de l'établissement : prise en charge des crises dans le cadre de l'épilepsie sévère (saisie des épisodes de crise avec graphes, protocoles de traitement d'urgence pour l'épilepsie et la douleur) / Projet individuel d'accompagnement du patient (synthèse issue de la collaboration multi professionnelle (éducateurs, rééducateurs, enseignants, médecin), et du recueil des attentes exprimées par le patient et ses parents ; les audits du DP comportant l'évaluation de la conformité aux 13 indicateurs de la grille ANAES du DP. Les risques ont été identifiés et hiérarchisés selon la méthode HAS de criticité. Ils portent sur 3 axes : les pannes du système d'information numérique ; l'information médicale dans le DPI ; l'information médicale concernant le patient majeur.

Les objectifs d'amélioration sont identifiés avec les professionnels de terrain, en lien avec l'analyse des risques et des besoins. Ils couvrent la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier. Ce programme précise les actions d'amélioration, les responsabilités pour chaque action, la planification des actions dans les délais fixés, les modalités de suivi (audit de la tenue du DPI en janvier 2017) et l'état d'avancement de la démarche. Le programme a été validé par la responsable qualité en septembre 2016 et présenté aux instances de l'établissement dont la CRUQPC. Il est articulé au PAQSS de l'établissement. Les risques principaux ont été retenus dans le Compte Qualité après approbation du COPIL.

La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement. Il existe une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs et tableaux de bord par le cadre de santé au cours des réunions de la commission des soins infirmiers (une fois par mois) dont les compte-rendus sont disponibles sur le portail intranet.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un comité de pilotage du DP a été créé en 2012 au moment de l'informatisation du DP avec des réunions deux fois par mois. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'activité du groupe de pilotage du DPI est reprise depuis 2014 au sein de la commission des soins infirmiers qui réunit une fois par mois tous les professionnels médicaux et paramédicaux, la pharmacienne et la TIM. Au décours de cette réunion sont exposés et débattus tous les problèmes en lien avec le DPI.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Il existe un technicien réseau sur site avec astreintes. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. La formation initiale au DPI a été réalisée par l'éditeur en 2012 ainsi qu'un plan de formation sur la confidentialité et le secret professionnel. La formation des nouveaux arrivant aux règles de tenue et d'accès au DP est assurée par la TIM. Les actions de formation de la TIM sont tracées sur une fiche d'émargement.

Les ressources documentaires nécessaires pour la gestion du dossier du patient existent (organisation interne du dossier patient avec processus d'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier, guide de gestion des dossiers papiers archivés, procédures d'accès aux données DPI en cas de panne, modalités de transmission des éléments du dossier médical, audit permanent et classement du dossier papier, ...).

La liste d'astreinte et de garde des techniciens informatiques est affichée dans l'infirmerie.

Les documents d'information du patient concernant l'accès à son dossier sont prévus dans le livret d'accueil. L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure. Le médecin neurologue est la personne référente identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier. Les délais sont définis selon la réglementation. Le patient peut être accompagné d'un éducateur s'il le désire et systématiquement par le médecin neurologue.

L'établissement a défini les locaux, les équipements et la maintenance permettant à l'ensemble des intervenants de rédiger, tracer et stocker les éléments constitutifs de toutes les étapes de prise en charge du patient.

En raison des spécificités des missions de l'établissement, le dossier des usagers revêt trois dimensions : le dossier patient (dossier médical), le projet individualisé d'accompagnement (PIA) et le dossier scolaire. Le dossier patient comporte deux types de supports : le dossier patient informatisé depuis 2012, et le dossier papier comportant l'édition ou l'original papier des documents avec trois supports : un dossier administratif (documents d'identité, et juridiques)/ un dossier médical de l'année en cours (ordonnances de traitement, courriers médicaux, résultats des examens et diverses prises en charge qui seront scannés dans le DPI) qui sert pour la procédure dégradée en cas de panne et lors des déplacements du patient en consultation hors établissement/ un dossier d'archivage actif de l'année écoulée N-1.

Afin de favoriser la dimension collaborative pluri professionnelle de l'élaboration du PIA, un outil informatique spécifique : le serveur « RPI » déclaré à la CNIL, abrite des fichiers informatisés contenant

des données nominatives, considérées comme faisant partie du dossier et transmissibles à l'utilisateur (rapport d'observation partagés entre professionnels, fiches préparatoires des différents professionnels, le PIA, l'emploi du temps, les compte rendus des rencontres avec les usagers (RPU), la fiche de suivi du PI rédigée par le référent. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier informatisé du patient sont définies en fonction de leurs profils utilisateurs, des rubriques du DP et des types de documents et sont décrites dans une procédure « Dossier patient » comportant une fiche « données et droits associés ». La confidentialité est assurée par l'identification de l'utilisateur via un login et un mot de passe.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité des dossiers et la préservation de la confidentialité. L'établissement a fait le choix d'un serveur avec plusieurs disques enregistrant les informations du DPI, ainsi qu'un système de stockage externe de sauvegarde. Il existe un troisième niveau de stockage de informations du DPI utilisable en cas de panne électrique sous forme d'un PC portable avec batterie qui stocke les données du DPI deux fois par jour.

L'établissement assure la coordination des interfaces entre les différents acteurs autour du DPI. Les éducateurs ont accès au DPI pour les patients participant à des activités de groupes.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants extérieurs sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La cadre de santé et la TIM sensibilisent les professionnels une fois par mois sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus DP au sein de la commission des soins infirmiers. Ils impulsent la démarche d'amélioration en impliquant les équipes dans l'élaboration des protocoles, les évaluations du DP, la déclaration des EI. Il existe un audit continu de la qualité du dossier médical de l'année en cours et de l'archivage actif de l'année N-1. La conformité des dossiers médicaux papiers est vérifiée toutes les deux semaines et la fiche de traçabilité de son action est renseigné.

La demande préalable de consultation du dossier médical ou d'archivage actif est réalisée auprès du cadre de santé tracé nominativement et datée sur une fiche annexée au dossier papier.

Les équipes connaissent les objectifs définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Elles ont accès aux indicateurs et aux résultats des évaluations sur le DP avec des temps d'échange prévus sur cette thématique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels en poste sont formés ainsi que les nouveaux arrivants par le cadre de santé puis la TIM. Une fiche de traçabilité recense toutes les actions de formation au DPI pour les nouveaux arrivants. (1 IDE en 2014, 1AS en 2015, il n'y a pas de personnel intérimaire) A l'infirmerie comme dans les bureaux des éducateurs, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et mis à jour dans l'onglet forum de l'intranet. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés.

Les outils papier et informatique permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Il existe un onglet spécifique pour la prise en charge de la crise d'épilepsie qui trace les circonstances de l'évènement et la prise en charge médicamenteuse selon le protocole défini.

Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24h/24, l'intégrité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage et la confidentialité des dossiers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les professionnels contactent la TIM par mail en cas de besoin et une traçabilité des réponses mails et des interventions sur poste en lien avec les demandes des professionnels est assurée depuis juin 2016. Le DPI et le dossier papier contiennent toutes les informations recueillies lors de la prise en charge du patient et conformes à la réglementation, notamment des données d'observation médicale d'entrée avec conclusion de l'évaluation médicale initiale dans l'onglet « historique de la maladie », des informations actualisées relatives à l'évolution de la prise en charge avec rapport bénéfice/ risque des prise en charge médicamenteuse dans l'onglet « visite épilepsie » et une note de synthèse annuelle. Un compte rendu de la stratégie thérapeutique discutée avec les parents leur est adressé. Les prescriptions médicamenteuses sont datées et signées et les protocoles de traitement d'urgence sont validés. Il existe un onglet planning de programmation des examens complémentaires réalisés et des informations relatives à la prise en charge par d'autres intervenants (kiné, orthophonistes, psychologues...). Les échanges de mails entre les

soignants, les parents et les éducateurs sont archivés dans le dossier administratif. Des informations formalisées sont également établies à la fin du séjour sous forme d'un compte rendu d'hospitalisation. Des « bulletins de santé » sont rédigés à chaque fermeture du centre 10 semaines par an pour servir de fiche de liaison entre l'établissement et les intervenants extérieurs éventuels. Chaque pièce du dossier est datée, comporte l'identité du patient, et du professionnel. Les Patients Traceurs réalisés ont confirmé cette mise en œuvre.

Cependant, les pratiques de l'établissement ne permettent pas le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Lors des consultations hors établissement, le dossier médical papier de l'année en cours est transporté par l'aide-soignante mais il n'est pas dans un contenant scellé.

Par ailleurs, la conformité des délais d'accès au dossier du patient définis par la réglementation n'est pas respectée. Un rapport de la CRU signale un délai de 15 jours au lieu de 8 jours pour l'accès à un dossier de moins de 5 ans (deux dossiers demandés en 2015).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions programmées. L'évaluation du processus DP est réalisée une fois par an en janvier sur la base d'indicateurs : nombre de demandes d'accès au DPI (1 en 2016), délai d'accès au dossier par le patient, nombre des événements indésirables informatiques renseigné sur la plateforme de l'éditeur du logiciel, grille ANAES des items du DPI avec repérage des éléments manquants, statistiques de déclenchement de l'alerte "absence de traçabilité lors de la deuxième évaluation de la douleur" et alertes "oubli de la traçabilité de l'administration des médicaments". Les indicateurs sont renseignés dans un tableau de bord établi par la responsable qualité. Il existe un audit permanent du classement du dossier papier. Un audit d'identité-vigilance à partir de 9 dossiers a été réalisé en février 2016.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les besoins non totalement satisfaits au cours des réunions de CSSI et détermine les mesures complémentaires de traitement grâce à l'intervention de la TIM sur place ou par mails. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations conduites (mail aux différents groupes de professionnels ayant accès au DPI sur la parution des compte rendu des CSI dans forum, une réunion de rappel sur l'utilisation de l'accès aux données des indicateurs DPI et leurs résultats), et un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier (2 demandes en 2016). Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus sera réalisé avec l'audit du dossier patient en janvier 2017.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les pratiques de l'établissement ne permettent pas le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Lors des consultations hors établissement, le dossier médical papier de l'année en cours est transporté par l'aide-soignante mais il n'est pas dans un contenant scellé.	10c
	PS	La conformité des délais d'accès au dossier du patient définis par la réglementation n'est pas respectée. Un rapport de la CRU signale un délai de 15 jours au lieu de 8 jours pour l'accès à un dossier de moins de 5ans (deux dossiers demandés en 2015).	14b

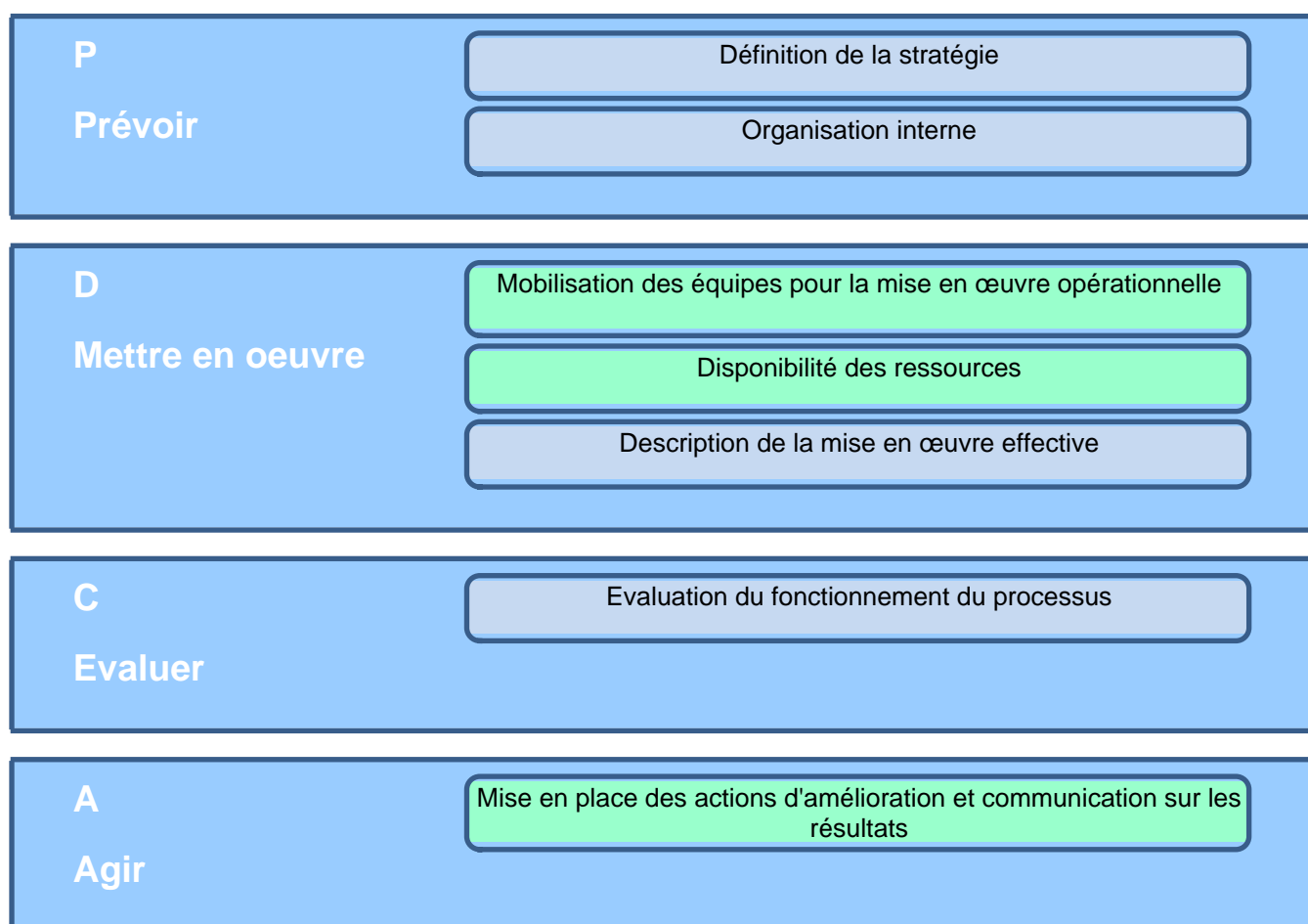
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans un manuel qualité. Une stratégie et des objectifs ont été élaborés par la pharmacienne désignée responsable de la PECM sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement (arrêté de la réglementation d'avril 2011, prise en charge de l'épilepsie réfractaire de l'enfant et du jeune adulte, EPP 2007 sur le circuit des traitements anti épileptiques, audits de l'administration des médicaments, analyse des effets indésirables et des erreurs médicamenteuses). La méthodologie utilisée pour l'analyse de risque a priori est une cartographie des risques selon la méthode HAS. Quatre risques ont été identifiés et hiérarchisés avec les professionnels concernés (erreur d'administration, risque de non traçabilité de l'administration, défaut de respect des précautions liés aux médicaments à risque, défaut de respect des précautions liés aux patients à risques). Des objectifs d'amélioration précis et mesurables ont été établis (sécuriser l'administration des traitements, améliorer la traçabilité de l'administration, sécuriser le circuit des médicaments à risque, sécuriser les prescriptions et l'administration en pédiatrie).

Un programme d'action est rédigé avec des actions d'amélioration notamment la création et diffusion d'un tableau équivalence solutions/gouttes/comprimés pour les antiépileptiques, et des abaques « médicaments injectables pour adultes et enfants ».

Cette stratégie a été validée en COMEDIMS. Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé intégré au PAQSS dont le suivi est assuré par le groupe PECM. Les principaux risques ont été intégrés dans le Compte Qualité après validation par le COPIL.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit dans l'organisation du processus, les ressources humaines en compétences et les ressources matérielles attendues. Il emploie une pharmacienne, responsable du management de la qualité de la PECM. Sa mission est formalisée dans une fiche de poste, datée et actualisée. La hiérarchisation des priorités a été réalisée par un groupe qualité PECM. L'organisation du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse est élaborée et formalisée en COMEDIMS qui se réunit trois fois par an.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est définie. En l'absence de la pharmacienne, les dotations pour besoins urgents sont obtenues sur prescription médicale à la pharmacie du village, ou à la pharmacie de l'hôpital Purpan et acheminées par les ouvriers de maintenance sur liste d'astreintes.

L'organisation du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse est élaborée et formalisée dans un système documentaire établi sur la base d'un manuel qualité accessible sur l'intranet de l'établissement. Il prévoit les procédures, protocoles, modes opératoires et autres documents organisationnels (livret thérapeutique, réalisé en collaboration avec les médecins, procédures de dispensation nominative hebdomadaire pour l'ensemble des traitements hors épilepsie, dispensation globale hebdomadaire des traitements antiépileptiques calculée d'après les prescriptions informatisées, délivrance dans l'unité de soin, mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament avec accès au Vidal en ligne, ...). L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée depuis septembre 2012. Le logiciel de prescription médicamenteuse est intégré au système d'information hospitalier. Il permet d'assurer la prescription médicamenteuse sécurisée et la traçabilité des actes. La procédure dégradée en cas de panne informatique est formalisée. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies. La dispensation du médicament est assurée dans son intégralité par la pharmacienne et comporte l'analyse et la validation pharmaceutique pour l'ensemble des prescriptions avec proposition de substitution thérapeutique en cas de rupture d'approvisionnement. Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité est organisée. La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie. Le traitement du patient est utilisé jusqu'à l'approvisionnement par la PUI, puis stocké dans la pharmacie de l'infirmerie et rendu au patient à la sortie. La liste des médicaments à risques au nombre de trois (adrénaline, glucose 30% et lovenox a été validée par le COMEDIMS. Il n'y a pas d'administration de stupéfiants. Il existe un plan de formation des nouveaux arrivants avec entretien par le cadre de santé, et traçabilité de remise des documents de formation. La mise en place d'une nouvelle procédure ou d'un nouveau mode opératoire est explicitée lors des réunions mensuelles de la commission des soins infirmiers. Des actions de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses sont réalisées après chaque déclaration d'évènement indésirable avec un retour d'expérience en CSI. Les interfaces sont opérationnelles entre la PUI, l'infirmerie et les secteurs éducatifs et assurées par des onglets dédiés dans le DPI. La pharmaco vigilance est organisée avec le CHU de Toulouse. Les alertes ascendantes et descendantes sont prises en compte (réception par fax).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La pharmacienne et la cadre de santé de l'infirmierie organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels dans le cadre des réunions de la commission des soins infirmiers réunissant les IDE, les AS, les éducateurs. La pharmacienne élabore une stratégie de communication sur le programme d'action en lien avec les indicateurs et des formations régulières à destination des professionnels médicaux et para médicaux (erreur médicamenteuses, ...). Les acteurs de terrain connaissent les risques et les objectifs identifiés, les plans d'action et les résultats des évaluations. Des actions correctives sont mises en place quand nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans l'infirmierie et auprès des éducateurs. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées comme : prescription et continuité des traitements (protocoles généraux, protocoles individuels gestion de l'urgence épileptique et douleur, la gestion du chariot et du sac d'urgence, stockage des médicaments thermosensibles, processus dispensation/administration/préparation des piluliers...). Le dispositif de gestion documentaire comporte également des documents d'aide à la prescription pour les professionnels (livret du médicament, Vidal intranet, protocoles médicamenteux préétablis pour la gestion de la crise d'épilepsie et en cas de douleur, fiche de bon usage des médicaments à risques).

Les locaux et équipements prévus pour la Pharmacie à usage intérieur (PUI) sont conformes, et adaptés aux besoins. Les locaux techniques permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité et l'hygiène. Il existe un local de stockage et de dispensation des médicaments, une armoire de réception des commandes au grossiste répartiteur, un coffre pour le stockage des stupéfiants, un local fermé à clé comportant 1 chariot d'urgence et 1 sac à dos d'urgence scellés et la liste de leur contenu en médicaments et dispositifs avec date de vérification, un local d'infirmierie avec des armoires de stockage des produits en dotation et des traitements personnels, 1 réfrigérateur réservé aux médicaments à conserver au frais. L'accès à la PUI est sécurisé par une porte fermée à clé. Il n'y a pas d'accès possible hors la présence de la pharmacienne. L'entretien des locaux et la maintenance des équipements sont assurés régulièrement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse sont définies et mises en œuvre (prescription - dispensation - administration).

Dans un souci d'apprentissage à l'autonomie des jeunes patients avec des handicap psychologiques variables et atteints de pathologie chronique (épilepsie sévère), des poches de traitements nominatives hebdomadaires pour les patients en groupe éducatif sont préparées par les IDE avec un double contrôle et la traçabilité de la prise est effectué dans le DPI. Des piluliers hebdomadaires sont préparés par les jeunes patients autonomes sous contrôle de l'infirmière et la traçabilité de la prise est assurée par les IDE. Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments est formalisé y compris pour les médicaments à risques. Les produits dispensés par la pharmacie sont acheminés à l'infirmierie dans des caisses sécurisées par des scellés à usage unique puis rangés dans des armoires affectées à cet effet au niveau de l'infirmierie de même que les pochettes hebdomadaires de traitements et les piluliers au niveau des secteurs éducatifs. Les médicaments non utilisés sont retournés à la pharmacie. La gestion des médicaments périmés est réalisée par la pharmacienne. La chaîne du froid est préservée avec un suivi des mesures de température du frigo une fois par semaine tracée sur une fiche papier. La prescription, l'administration du traitement sont assurés sur un support informatique unique et sécurisé par des codes d'accès pour chaque professionnel habilité. La traçabilité de l'administration est faite, en cas de non administration, le motif est tracé et le médecin informé. En cas de panne informatique, un mode dégradé est formalisé : un ordinateur portable est disponible et permet d'accéder à la sauvegarde du DPI. Il existe un dossier patient papier de l'année en cours dans le local infirmier qui comporte la dernière prescription médicamenteuse du patient. La traçabilité de l'administration du traitement en mode dégradé est réalisée sur cette fiche. La gestion du traitement personnel patient est définie et mise en œuvre sur la base d'une évaluation initiale médicale (arrêt ou reconduction thérapeutique). Le traitement personnel du patient est étiqueté à son nom, stocké dans l'armoire à pharmacie sur un rayonnage indépendant et intégralement restitué à la sortie.

Le patient est éduqué et informé sur son traitement et au bon usage de ses médicaments pendant son séjour et lors de sa sortie avec la remise de documentation nécessaire (bulletin de santé deux fois par an sur le DPI adressé aux familles lors de modification de traitement, et « visite épilepsie » organisée avec le médecin neurologue). Des ateliers d'éducation thérapeutique sont organisés sur l'observance et la préparation du pilulier. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont faites avec les professionnels. Cette mise en œuvre a été constatée lors de la réalisation des Patients Traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les responsables sensibilisent les professionnels au bon usage du médicament et aux recueils des évènements indésirables. Les fiches et protocoles de déclaration des évènements indésirables sont accessibles de façon informatisée pour tous les personnels. Le signalement est transmis au cadre de santé et à la pharmacienne. Les fiches incident médicament sont analysées systématiquement lors des réunions du COMEDIMS, CSI, CLUD. Un retour aux professionnels concernés est effectué. Des audits administrations et traçabilité sont réalisés sur les groupes éducatifs et des actions d'améliorations proposées (évolution du DPI pour faciliter la traçabilité de l'administration au plus près des groupes éducatifs et en temps réel par l'infirmière, évolution du dispositif pilulier en lien avec l'éducation thérapeutique). Ces méthodes déjà anciennes dans l'établissement sont intégrés dans la pratique quotidienne des professionnels.

A / AGIR

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

Les actions issues des résultats des évaluations de risques et du suivi des indicateurs sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS qui est actualisé annuellement. Parmi les plus récentes on peut citer le rappel des vigilances aux professionnels, par mails, en CSSI et en COMEDIMS, éducation thérapeutique du patient autonome à la préparation de son pilulier hebdomadaire, réactualisation de la procédure du traitement par Dépakine avec documents "information sur les risques tératogènes du médicament" signé par les patientes en âge de procréer, audit évaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure et actions d'amélioration, audit permanent des incidents médicaments. Les résultats des actions mises en œuvre sont communiqués aux professionnels à travers les réunions de CSI et de COMEDIMS, la diffusion par mail de l'information sur les comptes rendus et leur accessibilité sur le portail intranet.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	La politique et le plan d'actions associés n'ont pu être validés par toutes les instances concernées. La CME ne fonctionne plus depuis un an.	2c
	P / Organisation interne	NC	La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins n'est pas définie ni identifiée dans l'établissement. Il n'y a pas de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins identifié dans l'établissement.	8b
Droits des patients	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le nombre de réunions de la CRU n'est pas conforme à la réglementation. Si la CRU est réglementairement constituée, l'établissement organise seulement deux réunions annuelles. A noter, qu'il existe en parallèle un Conseil de la Vie Sociale qui se réunit deux fois par an.	1d
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les pratiques de l'établissement ne permettent pas le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Lors des consultations hors établissement, le dossier médical papier de l'année en cours est transporté par l'aide-soignante mais il n'est pas dans un contenant scellé.	10c
		PS	La conformité des délais d'accès au dossier du patient définis par la réglementation n'est pas respectée. Un rapport de la CRU signale un délai de 15 jours au lieu de 8 jours pour l'accès à un dossier de moins de 5ans (deux dossiers demandés en 2015).	14b