



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE REEDUCATION
DU DOCTEUR STER**

9 avenue jean ster
34240 Lamalou Les Bains
NOVEMBRE 2016

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 8 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 8 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 8 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 8 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 8 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 8 |
| PROGRAMME DE VISITE | 9 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 9 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 9 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 10 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 11 |
| DROITS DES PATIENTS | 15 |
| PARCOURS DU PATIENT | 18 |
| DOSSIER PATIENT | 23 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 26 |

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| CENTRE DE REEDUCATION DU DOCTEUR STER | |
|---------------------------------------|---|
| Adresse | 9 avenue jean ster 34240 Lamalou Les Bains |
| Département / région | HERAULT / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Etablissement privé à but lucratif |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|--|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 340796069 | S.N.C. JEAN STER ET CIE | 9 AVENUE DOCTEUR JEAN STER 34240 Lamalou-Les-Bains |
| Etablissement de santé | 340780212 | CENTRE DE REEDUCATION DU DOCTEUR STER | 9 avenue jean ster 34240 Lamalou Les Bains |
| Etablissement de santé | 340796093 | CENTRE REEDUCATION FONCTIONNELLE STER | 300 avenue saint-sauveur du pin 34980 Saint-Clement-De-Riviere |

| Activités | | | |
|-------------------------|-----------|-------------------------------------|---|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle |
| SSR | SSR | 243 | 20 |

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

| Réorganisation de l'offre de soins | |
|--|---------------------|
| Coopération avec d'autres établissements | cf. fiche interface |
| Regroupement / Fusion | / |
| Arrêt et fermeture d'activité | / |

| | |
|---|---|
| Création d'activités nouvelles ou reconversions | / |
|---|---|

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé 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 | HC - Lamalou Les Bains | Affections des brûlés | Programmée | | SSR |
| 2 | Adulte | HC - Lamalou Les Bains | Affections de l'appareil locomoteur | Programmée | | SSR |
| 3 | Adulte | HC - Saint Clément de Rivière | Affections de l'appareil locomoteur | Programmée | Patient en chambre double | SSR |
| 4 | Adulte | HDJ - Saint Clément de Rivière | Sportifs | Programmée | | SSR |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

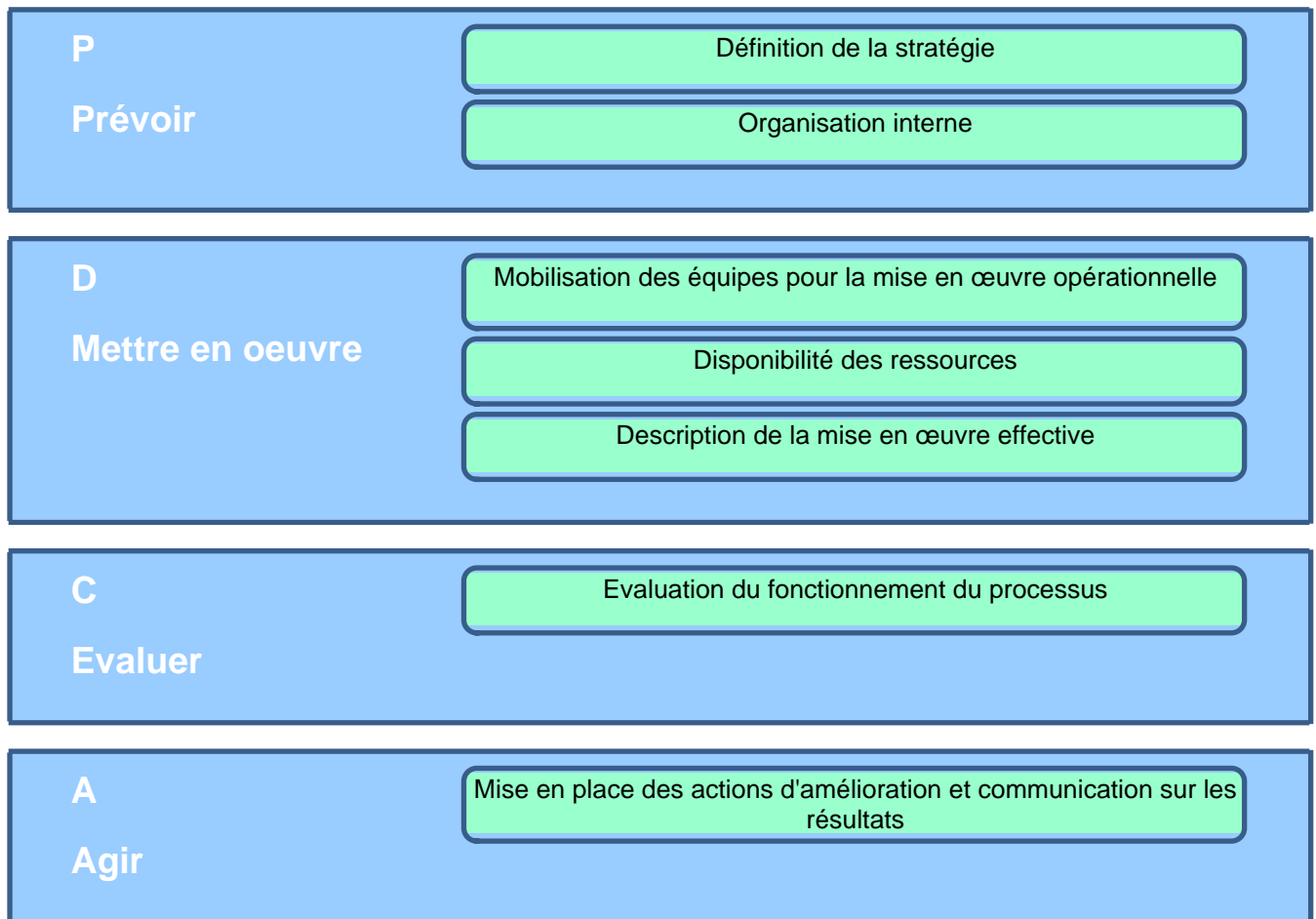
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Il existe dans le domaine de qualité gestion des risques une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le Projet d'Etablissement engage à poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité initiée depuis 1999. La politique d'amélioration du management de la qualité et des risques est exposée dans un document élaboré par le comité qualité sécurité et validé par les instances. La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intégrant notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Une actualisation du programme d'amélioration du processus de management de la qualité et des risques a été aussi déterminée par le même comité. Les données disponibles ont été mobilisées pour déterminer les pistes d'amélioration. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le Compte qualité a ainsi souligné les actions d'amélioration suivantes : obtenir une gestion documentaire sécurisée, performante et répondant aux besoins des utilisateurs, déployer le PAQSS dans les secteurs d'activités grâce à la formalisation des projets de service, évaluer les conditions d'exercices du gestionnaire des risques et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, lier la gestion des risques a posteriori avec la cartographie des risques et poursuivre des actions de formation/sensibilisation. Les plans d'action dans le domaine de la qualité gestion de risques ont été déterminées à partir des données des groupes de travail par le Comité qualité qui les a validées. Les plans d'actions notamment ceux mentionnés dans le Compte qualité sont reportés dans le PAQSS général qui est élaboré et suivi par le service qualité. Le PAQSS est suivi et les résultats validés par le Comité qualité et la CME. Les usagers participent à l'élaboration de la politique et du programme Qualité Sécurité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assuré dans le cadre des différentes commissions qui comprennent des participants qui sont présents dans plusieurs groupes notamment le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui est également président de CME. La Direction et le Comité de Direction (CODIR) définissent tous les 4 à 5 ans les Orientations Stratégiques du Projet d'Etablissement. Le processus « Management stratégique et gouvernance », piloté par la Direction Générale conjointement avec le Comité de Direction, décrit les différentes étapes permettant l'élaboration du projet d'établissement. Le Comité Qualité Sécurité (QCS) est l'instance qui réunit les membres Conférence Médicale d'établissement (CME) et du COPIL « Management ». Il a la responsabilité en matière de qualité et sécurité de l'établissement. Le Comité Qualité Sécurité contribue donc, conjointement avec la Direction, à la validation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'établissement. Les rôles et responsabilités 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 notamment avec la constitution d'une équipe qualité et aussi de la mise en place d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins également président de CME, et matérielles avec notamment un réseau de messagerie efficace et documentaires avec notamment l'ambition de la mise en place d'une GED informatisée avec attendant une GED papier et un réseau interne informatisé. Les éléments nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le processus « Management de la qualité et des risques » est piloté par le service qualité prévention des risques (SQPR) : Le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la coordinatrice qualité prévention des risques. Ce processus décrit comment, appuyés méthodologiquement par le service qualité prévention des risques, les pilotes de processus s'approprient les principes de la roue de Deming pour mener une véritable démarche d'amélioration et de sécurisation de leurs processus respectifs. Ainsi, chaque pilote de processus veille au bon fonctionnement de son processus grâce à la réalisation régulière d'audits du processus (sur la base de la grille utilisée par les experts-visiteurs) et l'identification des risques inhérents. Depuis 1999, ces études sont réalisées tous les deux ans. Pour cela, les pilotes du processus s'appuient sur des groupes de travail pluridisciplinaires composés de représentants de l'ensemble des acteurs intervenant dans leurs processus. Les représentants des Usagers sont mis à contribution. La Stratégie concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins par le biais de formations diverses dans les domaines externes ou internes par exemple dans le domaine de la douleur, par des informations faites par les différents responsables (direction, directeur des soins,...), par la diffusion d'informations par le biais de la messagerie ou de journal d'établissement (le petit rapport STER).

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. L'établissement a en effet mis en place des projets de services qui déclinent leurs propres objectifs qui sont ensuite repris au niveau central et par les instances qualité et la CME pour validation et suivi. Les cadres de service infirmier, kiné ou ergo sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont assurées par le service qualité qui comporte un responsable qualité et risque à temps plein. Le pilotage est assuré par le président de la CME qui est aussi coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il est formé et du temps dédié a été accordé pour qu'il puisse exercer cette mission. Un comité qualité sécurité est en place et se réunit tous les mois mais les représentants des usagers ne participent pas au CQS. En terme de matériel, il existe un réseau informatique WIFI et une messagerie interne touchant l'ensemble des agents et permettant la diffusion des éléments qualité. Un outil informatique permet la diffusion sur cet intranet des divers documents qualité et autres. Une documentation accessible et actualisée est disponibles dans les secteurs. Deux circuits sont possibles : l'un est assuré par des classeurs papier qui sont mis à jour régulièrement par les cadres de service ce qui a pu être confirmé par les cadres et les agents rencontrés. Il existe également de manière parallèle un intranet où sont également disponibles différents documents notamment les procédures et les différents éléments qui concernent la déclinaison PDCA des processus.

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. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Dans le domaine de la qualité gestion des risques on note une démarche d'évaluation des risques a priori est en place appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. Il existe notamment un document unique qui est suivi par le CHSCT et régulièrement mis à jour et une cartographie générale des risques déclinée par processus. Il existe un Dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés. La déclaration des événements indésirables est effectuée sous forme papier. Une augmentation importante du nombre de déclarations a été constaté les dernières années permettant de conclure au caractère opérationnel du système. Les données sont traitées. Selon les besoins des REX sont déclenchés et une analyse des causes profondes est effectuée par la méthode de l'arbre des causes. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS. La connaissance et l'utilisation du système a été confirmée par les agents lors des visites de terrain. La Coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est effective dans le cadre CQS qui coordonne l'ensemble des comités et sous commissions de la CME. L'exploitation des plaintes et réclamations est assurée par la direction. Une enquête est effectuée impliquant les professionnels et menée par le médecin coordonnateur des risques ou la responsable qualité selon la nature des plaintes. Ces plaintes en cas d'action d'amélioration nécessaire contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Les représentants des usagers sont informés de toutes les plaintes et réclamations ainsi que des réponses de l'établissement ce qui a été confirmé par les représentants des usagers rencontrés. Il existe sous la direction de la CME une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels. De nombreuses démarches d'EPP sont en cours à des stades différents ce qui prouve le caractère évolutif de la démarche et l'implication des professionnels notamment médicaux dans le développement des actions. Des EPP en place concernent les différents domaines exigés et notamment les études de pertinence des soins. L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU est effective. L'établissement met à disposition des patients un questionnaire de sortie en fin de séjour qui a été validé par la CRU. Des actions ont été menées pour améliorer le taux de retour des QS à la demande des représentants des usagers. Des évaluations sont également effectuées un jour donné dans divers domaines.

La gestion de crise est organisée selon les recommandations. Les différents plans d'urgence sont en place. La gestion d'une crise réelle en 2014 a permis à l'établissement de tester son organisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). On note ainsi qu'il existe un tableau de suivi des indicateurs qui sont classés par processus et suivis dans le cadre de la CQS. Il existe aussi une analyse de la Culture sécurité dans le cadre d'une EPP. Une analyse faite en 2014 a conduit à des actions d'amélioration. Une évaluation de la fonction, de coordination des risques liés aux soins a été menée en 2015. Une évaluation du taux d'action réalisées dans le PAQS est également effectuée annuellement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis (messagerie interne, petit rapport STER, réunions diverses notamment les staffs, présentation aux instances notamment la CRUQPC). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers (lors des CRUQPC).

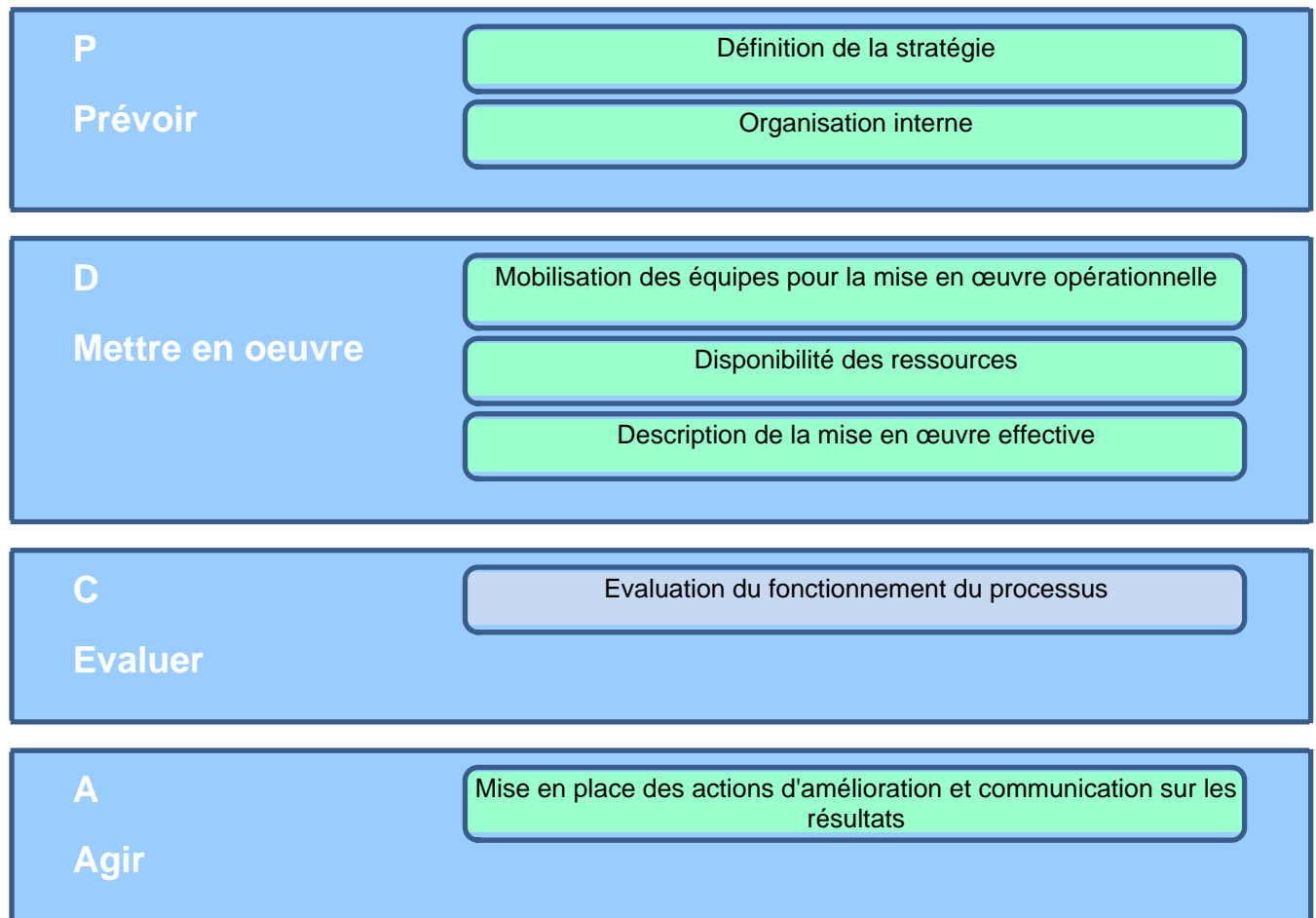
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La promotion des droits des patients est inscrite dans le projet d'Etablissement 2013-2017. Différents objectifs d'amélioration ont été fixés: ils concernent l'accès du patient à son dossier, l'accompagnement du patient dans l'obtention de ses droits, le renfort de son intimité et de la confidentialité, son accueil, et celui de son entourage, son information, son consentement, et le respect des libertés individuelles. La CRU a été consultée sur la politique concernant les droits des patients, qui est mise en oeuvre par la CME. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus "Droits des patients". La CME a nommé le Directeur administratif pilote du processus, et le Directeur des soins, co pilote pour animer les groupes de travail, composés des acteurs du processus et d'un représentant des usagers. Ils ont en charge la maîtrise des risques de ce processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des pilotes et co pilotes. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement met en place les différentes ressources nécessaires. Le pilote et le co pilote travaillent en collaboration avec le coordonnateur qualité/gestionnaire des risques pour l'assistance méthodologique. Les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage ont été définies. Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie, la personne de confiance est demandée par le médecin qui fait la visite d'entrée. Différentes actions de sensibilisation sur le thème de la bientraitance ont été réalisées à travers des réunions d'information, des journées thématiques, des formations. Le signalement des actes de maltraitance est prévu dans le règlement intérieur, et dans le livret d'accueil du salarié, et le défaut de bientraitance est identifié dans les types d'évènement à déclarer sur la fiche de signalement des évènements indésirables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle sur le respect des droits du patients est déclinée en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les cadres de santé communiquent auprès des équipes sur la politique de bientraitance et la mise en oeuvre des droits des patients de l'établissement. La traçabilité de la personne de confiance est retrouvée dans les dossiers. Dans le cadre de la CRU, les représentants des usagers participent à l'identification des situations à risque, des facteurs de maltraitance, et à la mise en oeuvre des actions d'amélioration. Les résultats sous forme d'indicateurs, et les actions d'amélioration sont communiqués mensuellement dans la revue, " le petit rapport Ster", adressé à chaque salarié.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les services. Des formations des professionnels aux droits des patients sont réalisées (réseau régional INTERQUAL, semaine de sécurité du patient). Les procédures et autres documents utiles sont accessibles dans l'intranet, et disponibles dans les services, sous forme de classeurs de procédures papier, mis à jour par les cadres de santé. Les locaux d'hébergement et d'accueil sont adaptés à la prise en charge des patients. Les conditions d'hébergement des bâtiments récemment construit, en construction, et le programme de rénovation des chambres en cours, permettront d'assurer de façon généralisée le respect de la dignité et de l'intimité des patients (encore limité dans les chambres à 2 lits des anciens bâtiments, non encore rénovés, avec absence de toilettes, et de douches dans certaines chambres et parfois une accessibilité moyenne à certaines chambres :différence de niveaux, étroitesse des locaux ne permettant pas le passage de brancards). Cette situation connue de l'établissement a conduit à un programme de travaux important pour pallier ce manque. La Clinique sera totalement rénovée pour avril 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion des interfaces est organisée grâce au dossier médical informatisé partagé entre les services, elle facilite la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (dans les chambres à deux lits cela n'est pas toujours possible), et des libertés individuelles. Une charte de confidentialité, et les modalités concernant "la liberté d'aller et venir" ont été définies en CME, et diffusées aux équipes. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à

périodicité définie. L'information des patients concernant leurs droits, dont le droit d'accès à leur dossier, et les missions de la CRU sont présentes dans le livret d'accueil, remis à l'entrée, et à travers un affichage dans les secrétariats médicaux. Un dispositif de recueil du consentement éclairé est en place, il est intégré dans la procédure d'information du patient. Elle comprend 2 annexes concernant le dommage lié aux soins, et l'annonce d'une mauvaise nouvelle. L'erreur médicamenteuse est connue des professionnels comme dommage lié aux soins. L'accueil des patients est personnalisé notamment avec une préadmission permettant d'anticiper la venue des patients. Le soutien des familles est réalisé en cas de besoin. Le projet thérapeutique de soins est développé avec les équipes médicales, de rééducation, et en concertation avec le patient sans toujours de traçabilité. Il est réévalué, si besoin dans les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits des patients, de leur satisfaction, et de celle de leur entourage est effectuée en continu à travers les questionnaires de sortie. Une EPP droit des patients est réalisée, elle s'appuie sur les résultats de 2 enquêtes menées auprès des patients et des professionnels depuis 2010, tous les 3 ans. Le dispositif d'évaluation est en place avec le plan Qualité Sécurité, et des indicateurs internes pour le suivi ont été définis. Pour répondre à des plaintes de patients, des rencontres soignants/soignés sur le thème "l'éthique au coeur des pratiques", ont été organisées, animées par un représentant des usagers de l'Etablissement a permis des échanges constructifs sur les pratiques, et remis la bienveillance au centre de la prise en charge. Cette initiative a reçu le Label "Droits des usagers de la santé Languedoc Roussillon 2015" de l'ARS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont prévues ou en cours. Dans le cadre du projet architectural en cours, avec le soutien de la CRU, elles ont permis de prendre en compte la bienveillance dans les nouveaux bâtiments de Lamalou les Bains. Leur mise en oeuvre est intégrée et articulée avec le plan d'actions Qualité Sécurité. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels par les cadres de santé, par le journal "petit rapport Ster", et auprès des usagers à la CRU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

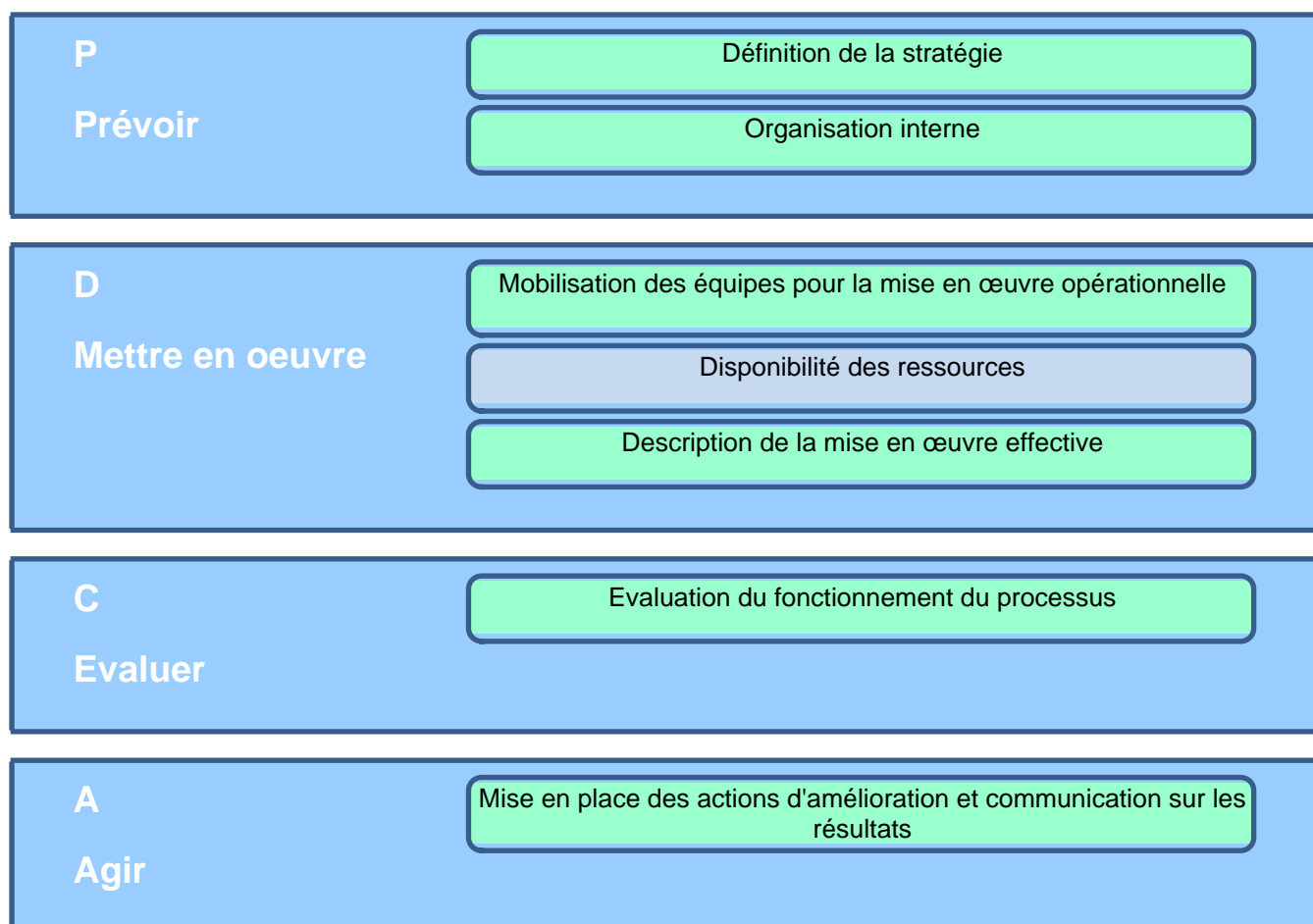
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 de rééducation du Dr Sterr a mis en place et formalisé une stratégie et des objectifs autour du parcours patient prenant en compte les besoins propres à chaque filière et à chaque type de prise en charge répartis sur les deux sites de Lamalou et Saint Clément de Rivière. Le président de la CME, le directeur des soins, ont été nommés pilotes du processus et leurs missions définies.

La politique d'amélioration du parcours patient est déclinée au sein du projet d'établissement 2013 2017 de la clinique du DR Sterr. Elle s'appuie sur l'évaluation des besoins et des risques à priori de l'établissement, les besoins de la population et leur évolution dans le cadre du territoire de santé et du territoire national pour certaines prises en charge spécifiques. Elle a été présentée aux différentes instances de l'établissement incluant les membres de la CRU. Les risques définis ont été analysés hiérarchisés avec les professionnels concernés et le niveau de criticité établi. Une cartographie a été établie. Les risques et indicateurs identifiés dans le Compte Qualité sont retrouvés, avec leurs plans d'action dans le Plan d'action du parcours patient et dans le PAQSS de l'établissement. Des objectifs d'amélioration issus des analyses de risques à priori, les résultats des indicateurs recueillis, l'analyse des événements indésirables, l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients ont été définis. Le programme d'actions défini et priorisé intégré dans le PAQS a été établi avec un échéancier, des responsables nommés, et des indicateurs de suivi. Il a été présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus et fiabiliser la prise en charge du patient depuis son accueil lors de l'admission à la sortie du patient. Les cadres de santé ont été nommés pilotes opérationnels et leurs missions définies. Les projets de service intégrés dans le projet d'établissement ont été élaborés avec les professionnels et les directions concernés. Au regard des besoins et des risques identifiés en fonction des populations prises en charge l'établissement prévoit notamment les ressources en compétences médicales, paramédicales et autres, disponibles dans les différents secteurs répartis sur les deux sites de l'établissement. La gestion des ressources humaines est organisée en prenant en compte les remplacements et le développement des compétences dans le cadre de l'évolution et/ou développement des activités. La clinique prévoit et organise son plan de formation en adéquation avec les orientations de la politique du parcours patient intégrant les nouveaux arrivants. La formation prend en compte les besoins identifiés et les risques identifiés dans le compte qualité, en particulier dans le cadre du risque suicidaire, de l'éducation thérapeutique, des conduites addictives du dépistage des troubles nutritionnels, la prise en charge des plaies. L'établissement prévoit les ressources matérielles y compris informatique avec un dossier intégralement informatisé commun à l'ensemble des secteurs sur les deux sites. La gestion documentaire est organisée, informatiquement et/ou sur des supports papiers. Cette documentation est prévue sur un mode structuré, appuyée sur des données réglementaires et les pratiques de l'établissement. Les documents, accessibles aux professionnels selon des modalités établies, sont actualisés selon des modalités prévues, validées par le dispositif qualité. La gestion des interfaces est organisée en interne entre les unités d'hospitalisation et de rééducation et avec les établissements du territoire de santé ou adreseurs. L'organisation de la continuité des soins est assurée 24 /24. Les astreintes médicales, en dehors des heures de présence des médecins, sont organisées sur les deux sites. Une garde de kinésithérapie est organisée les week end et jours fériés en fonction des besoins. Une astreintes administrative et techniques est en place. L'établissement ne dispose pas de service d'urgence mais est organisé pour assurer la prise en charge et l'orientation d'un patient qui se présenterait pour cela dans l'établissement. La prise en charge d'une situation des urgences vitales, au sein de l'établissement, est définie et organisée. L'établissement a établi des conventions avec les établissements extérieurs et appartient à des réseaux régionaux et nationaux (brulés, plaies et cicatrisations, amputés, mains complexes..). La prise en charge des populations spécifiques, personnes porteuses de handicap, personnes âgées, personnes démunies personnes ayant des conduites addictives est organisée. L'éducation thérapeutique est organisée et déployée dans les programmes d'éducation thérapeutique validés par l'agence régionale de santé en adéquation avec les besoins des patients accueillis. La prise en charge du décès est organisée et fait l'objet d'une procédure. La sortie et les permissions thérapeutiques sont organisées permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des plans d'actions opérationnels et leurs objectifs sont établis en lien avec les différents secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle avec les professionnels concernés dans les différents secteurs. Le directeur des soins et les cadres relayent les plans d'action au niveau des services et sont garants de

leur mise en œuvre pour fiabiliser le processus de prise en charge de l'entrée du patient à sa sortie. L'analyse des risques a priori a été réalisée avec les professionnels concernés. Les cadres sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus et sur les plans d'action mis en place et leur évolution. Les professionnels évaluent leurs pratiques en particulier par le biais des EPP mises en place. Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs IPAQSS et des résultats des évaluations menées au sein de l'établissement. Les professionnels participent à l'analyse des événements indésirables et sont informés des résultats. Les documents stratégiques sont établis, disponibles, connus et diffusés dans les secteurs par le système intranet et disponibles dans la gestion documentaire réactualisée par les cadres de service lors de toute modification d'un document

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et paramédicales adaptées aux besoins de l'établissement sont disponibles dans les secteurs. Une commission pluriprofessionnelle de préadmission, un comité de coordination des soins disposant d'un règlement intérieur sont en place. Les modalités de recours à un avis médical sont définies et disponibles. Une consultation chirurgicale se tient régulièrement sur le site de Lamalou. Des consultations médicales de spécialistes externes sont en place sur le site de Lamalou. Le plan de formation prend en compte les besoins identifiés en particulier ceux en lien avec les risques retenus dans le compte qualité. Différents programmes d'éducation thérapeutique labellisés ARS sont en place. Des réunions pluriprofessionnelles, par visio conférences si nécessaire, l'accès au dossier informatique partagé, la messagerie interne sécurisée permettent les échanges entre les professionnels en interne. Les consultations de préadmission réalisées par les médecins de la clinique dans les établissements adresseurs, l'utilisation d'un logiciel spécifique pour les admissions en SSR. Les programmes de formations proposées prennent en compte les besoins identifiés. Les professionnels intégrant l'établissement bénéficient des formations nécessaires à leur intégration. Les ressources en matériel et locaux sont disponibles dans l'établissement. Un matériel d'urgence est disponible dans les services. Les ressources documentaires actualisées en fonction des besoins sont à disposition des professionnels sous forme numérique et sous forme papier dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer l'admission des patients tout au long de la journée durant toute la semaine est effectif. Une veille documentaire est en place au sein des unités réalisée par les cadres en lien avec le service qualité. Les demandes d'admission sont examinées par la commission pluriprofessionnelle de pertinence des admissions qui se réunit chaque semaine. Elle examine et valide les demandes d'admissions adressées via un logiciel spécifique, ou faisant suite aux consultations avancées réalisées par les médecins de l'établissement à la demande des hôpitaux adresseurs, ou en lien avec les spécificités d'accueil de l'établissement. Le livret d'accueil, le règlement intérieur de l'établissement à signer immédiatement, sont remis au patient à son admission. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble des besoins. L'examen initial du patient est réalisé dans un délai de 3 h par le médecin du service ou par le médecin référent en cas d'admission tardive permettant l'établissement et la mise en place du traitement adapté au patient. Les informations recueillies sont incrémentées dans le dossier informatisé par les secrétaires durant leurs heures de présence. En cas d'arrivée tardive les données de l'examen médical initial recueillies tracées sur le support papier établi et validé par la CME sont accessibles dans les services si besoin avant intégration de l'examen clinique complet dans le dossier informatique. Cette évaluation comporte les conclusions de l'observation médicale et les prescriptions nécessaires à la prise en charge. L'information donnée au patient ou à ses proches est effective et tracée dans le dossier ainsi que la recherche de consentement éclairé du patient dès l'admission, l'évaluation du bénéfice risque et tout au long du séjour si besoin. Le recueil de données réalisé par les infirmières et les aides soignantes est réalisée dès l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation. Le projet de soins personnalisé est établi avec le patient et comprend la notion bénéfice risque. Il est tracé dans le dossier et réajusté avec le patient en lien avec l'évolution de son état de santé en concertation avec le patient/ou ses proches durant tout le séjour. La coordination intersecteurs dans l'établissement est assurée. Le comité de coordination des soins se réunit de façon bimensuelle. Des réunions hebdomadaires de concertation pluriprofessionnelles sont en place dans toutes les unités permettant la réévaluation du projet de soins des patients. Si nécessaire le projet du patient inclut la participation aux programmes d'éducation thérapeutique déployés dans la clinique sur ses deux sites dès son admission. Une information préalable est donnée au patient et son accord recherché et tracé. La recherche des troubles nutritionnels est systématisée et tracée. Le recueil du poids / taille est réalisé dès l'admission, tracé et répété régulièrement durant le séjour du patient dans les différents secteurs. Une évaluation du risque suicidaire est réalisée et en cas de doute le médecin est alerté immédiatement. En cas de besoin les mesures à mettre en place en cas de risque suicidaire sont appliquées. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La continuité des soins est assurée 24h/24. La réflexion sur l'organisation de la sortie ou du transfert du patient est engagée en concertation pluriprofessionnelle dès la préadmission ou l'admission avec le patient et/ou son entourage. Elle prend en compte les besoins spécifiques du patient en fonction d'un projet de retour à domicile ou d'un transfert vers une structure sanitaire ou médico-sociale et garantit la continuité et la sécurité des soins. L'établissement recueille l'indicateur délai d'envoi du courrier de sortie. Un compte rendu d'hospitalisation est adressé dans un délai correspondant aux délais recommandés

après la sortie du patient au médecin traitant. La prise en charge de la personne décédée est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement le parcours du patient. Il recueille les indicateurs IPAQSS "Dépistage des troubles nutritionnels", "Evaluation du délai d'envoi du courrier de sortie". Il analyse les résultats des questionnaires de satisfaction recueillis au départ des patients. L'évaluation quadriennale des programmes labellisés ARS d'éducation thérapeutique est réalisée. Diverses évaluations à fréquence définie sont en place. Un audit du processus du parcours patient a été mené en 2015.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec un plan d'action qualité sécurité des soins reprenant les améliorations du compte qualité. Une sensibilisation a été réalisée auprès des professionnels pour le dépistage des troubles nutritionnels, le dépistage des troubles suicidaires en particulier, l'accueil des populations démunies... Un thésaurus est en cours d'élaboration. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

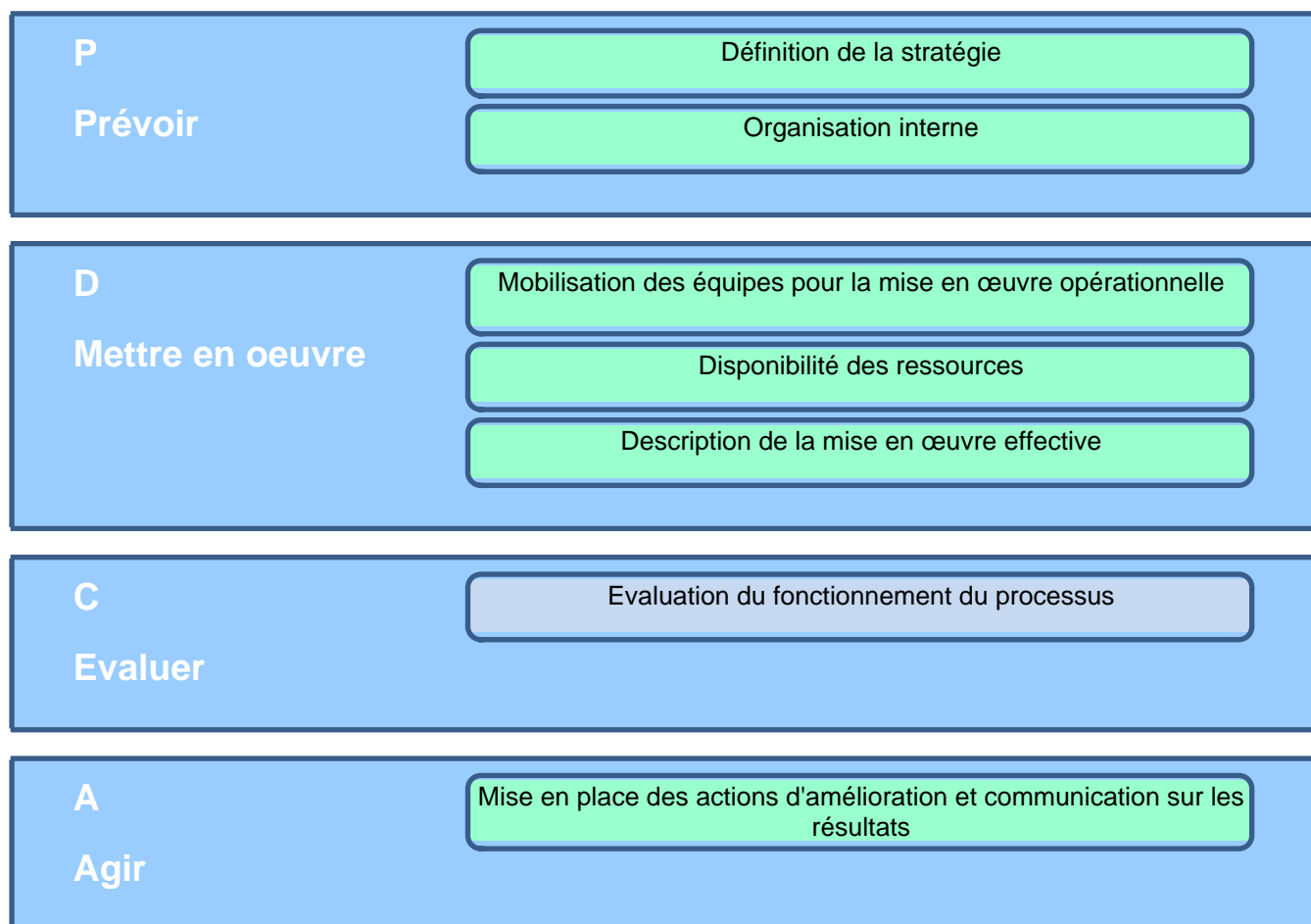
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans son axe concernant la qualité, la sécurité et l'efficacité de son projet d'Etablissement, la clinique a défini sa stratégie pour le renfort de sa politique de gestion des données du patient. Elle s'appuie sur l'amélioration de la gestion du dossier patient, de l'accès à son dossier, et de son identification. Le dossier patient est informatisé depuis 1993. Les règles de gestion du dossier sont formalisées et diffusées.

Le protocole d'accès au dossier patient par des tiers extérieurs à l'Etablissement définit les modalités de cet accès. Le groupe de travail "Processus gestion Dossier Patient" a établi la cartographie des risques, les a priorisés, et les a repris dans le plan d'actions Qualité Sécurité. Ces éléments ont été validés en CME, puis présentés au Comité Qualité Sécurité, et les actions sont intégrées dans le Plan d'action Qualité Sécurité.

ORGANISATION INTERNE

Dans le cadre du processus gestion du dossier patient, le Comité Qualité Sécurité a nommé le médecin DIM pilote, et le médecin coordonnateur qualité et gestion des risques liés aux soins, co pilote. Leurs missions sont décrites dans leurs fiches de poste: elles prévoient la maîtrise des risques liés au processus. Les documents d'information des patients sur leur droit d'accès au dossier sont élaborés : ils sont organisés selon la réglementation. Le médecin DIM gère les demandes de dossiers, et l'assistante de direction prend en charge les courriers de réponse et le tableau de suivi des délais. Pour la gestion des dossiers par les professionnels et les nouveaux arrivants, des outils sont mis à disposition sur la gestion électronique documentaire. Le dossier informatisé permet la communication entre professionnels en interne. Les modalités de fonctionnement en mode dégradé sont connues des professionnels. L'organisation des courriers de sortie dans les délais permet de communiquer avec les professionnels extérieurs à l'établissement. Des procédures sont formalisées et adaptées à l'établissement, elles sont intégrées au dispositif de gestion documentaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les indicateurs sont communiqués par les responsables de service à leurs équipes, et transmis mensuellement et individuellement, par la messagerie du DPI, dans le journal "Le Petit Rapport Ster". Le Directeur des soins organise également des réunions d'information pour les équipes soignantes. Le groupe de travail sur le processus "dossier patient" a permis aux membres des équipes, de participer à l'identification des risques, et à la mise en place des plans d'action. Ils ont pu également participer à l'élaboration des actions correctrices.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La mise à disposition des ressources humaines et matérielles est effective. Le médecin DIM et la technicienne de l'information médicale forment à leur arrivée les professionnels à l'utilisation du dossier patient informatisé, et lors des nouvelles versions du logiciel. La messagerie intégrée au logiciel du dossier patient permet également d'informer les utilisateurs des évolutions, par l'intermédiaire des mails nominatifs, et de tracer leur lecture. Un module général, complété de modules spécifiques d'utilisation du dossier patient par fonction, sont disponibles sur l'intranet de l'Etablissement (par thématique), et sur papier, dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments indispensables, dont les prescriptions de traitement, de soins et d'examen complémentaires sont toujours intégrés par le médecin dans le dossier médical informatique, (DPI) dès l'entrée du patient. Une fiche d'admission médicale est utilisée par le médecin, comme support papier, pour la synthèse de l'examen clinique, elle est ensuite scannée par la secrétaire. Elle appartient au dossier médical papier conservé au secrétariat médical, pendant le séjour, avec les différents documents signés par le patient à son entrée, et ceux transmis par l'établissement adresseur. Ces différents éléments participent à la sécurisation du dossier médical en cas de panne informatique. L'information de l'arrivée d'un patient entrant est transmise par la messagerie aux professionnels concernés, par le service des admissions. Les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients tracent dans le dossier les informations permettant la prise en charge du patient à toutes les étapes. Il a été constaté que les IDE utilisaient systématiquement le DPI pour la distribution des médicaments, en temps réel. La photo du patient, sous réserve de son accord, est intégrée à chaque dossier, le personnel

infirmier doit obligatoirement tracer la vérification de l'identité avant la distribution des médicaments. Pour sécuriser la prescription médicamenteuse, l'établissement a développé un système de "visée par l'IDE", pour attester de sa prise en compte de la prescription médicamenteuse, avec impression systématique du traitement. Ces prescriptions imprimées pour tous les patients sont conservées dans un classeur, utilisé en cas de panne informatique, ou défaut de connexion. Les interfaces entre les différents secteurs, les plateaux techniques de rééducation, la pharmacie, la biologie, et la radiologie sont opérationnelles. Pour permettre la continuité des soins, et une bonne coordination "hôpital/ville", une lettre de sortie, avec les prescriptions est remise au patient lors de son départ. Le courrier de fin d'hospitalisation est remis à la sortie, ou adressé au plus tard dans les 8 jours au médecin correspondant externe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue la gestion du dossier patient sur la base des indicateurs nationaux IPAQSS, et d'une EPP en continu sur la tenue du dossier patient, avec les mêmes critères que l'IPAQSS. Ces indicateurs sont également calculés par unité fonctionnelle, pour être plus pertinents par activité, et communiqués aux équipes par les cadres de service. Les délais d'envoi des dossiers médicaux sont suivis, avec le calcul des délais moyens, conformes à la réglementation. Suite aux évaluations, les suivis des actions d'amélioration sont présentés en CME, et validés par le Comité Qualité Sécurité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Elles sont publiées dans le journal mensuel "le petit rapport Ster". Ils sont également diffusés en CRU. Ces actions ont permis l'amélioration des délais d'envoi des demandes de dossier, et des courriers de sortie, pour lesquels, une intégration automatique des éléments du DPI a été mise en place. Les actions sont réajustées en fonction des résultats des évaluations, et intégrées au plan d'actions qualité sécurité.

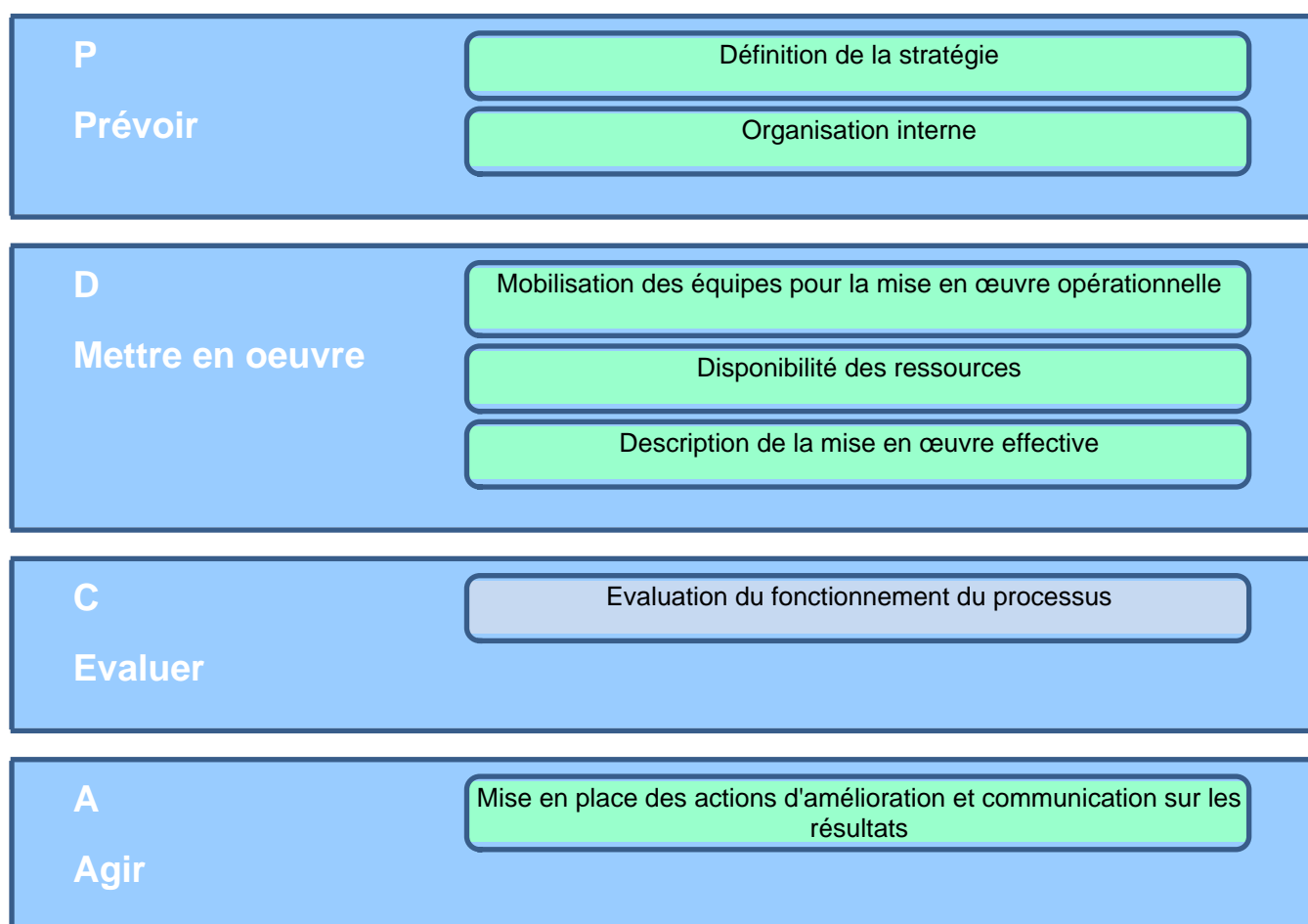
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de sécurisation et d'amélioration du circuit de la prise en charge médicamenteuse est définie. Elle est intégrée au Projet d'Etablissement 2013-2017 et prend en compte la prise en charge du patient âgé. Elle s'inscrit dans le cadre de la politique gestion des risques mise en œuvre dans l'établissement. Des pilotes institutionnels du processus ont été nommés, La pharmacienne chef, le président de la CME et le directeur des Soins remplissent ces fonctions et leurs missions ont été définies et validées par la CME. Cette politique a été élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement avec les professionnels concernés. Les risques concernant la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à toutes les étapes du circuit du médicament ont été identifiés et hiérarchisés. Une cartographie des risques s'appuyant sur leur niveau de criticité a été établie de manière pluriprofessionnelle. Le Compte Qualité a été établi en réunion multidisciplinaire. Quatre risques prioritaires ont été retenus et ont donné lieu à l'élaboration d'un programme d'actions avec des pilotes nommés et un échéancier de mise en œuvre. Les objectifs principaux du programme d'actions sont : l'amélioration de la procédure d'urgence vitale dans sa partie médicamenteuse, l'établissement d'une fiche d'information sur la gestion du traitement personnel, l'actualisation de la procédure d'approvisionnement durant les heures de fermeture de la pharmacie, la formalisation des règles d'identitovigilance dans les procédures de la prescription à l'administration, la formation régulière des professionnels et l'amélioration de la traçabilité de l'information donnée au patient.). Le programme d'actions institutionnel a été présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

Un organigramme hiérarchique définit les responsabilités à la PUI. Un pilote opérationnel, la pharmacienne chef, ainsi qu'un copilote, le directeur des soins, ont été désignés par la CME. Ils sont également pilotes institutionnels du processus. Des pharmaciens référents ainsi que des préparateurs sont identifiés sur chaque site de l'établissement. Ils disposent de fiches de missions. Une procédure décrivant les responsabilités et délégations de chaque acteur de la prise en charge médicamenteuse est formalisée. Différentes instances émanant de la CME sont en place : COMEDIMS Comité des anti-infectieux. Ils se réunissent régulièrement. Le dossier informatique déployé au sein de la clinique permet la prescription, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration ou de non administration des médicaments avec leurs causes sur le même outil. Les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse font l'objet d'une procédure formalisée. Une PUI est intégrée à chacun des deux sites de l'établissement. Elle répond aux exigences réglementaires et son accès est limité aux professionnels de la pharmacie (pharmacienne et préparateurs). Les locaux ne permettent pas toujours de respecter les règles d'accès à la pharmacie. Il a été observé durant la visite que, sur le site de Lamalou et de Saint Clément de Rivière, la PUI ne disposait pas de sas de livraison. Les livraisons sont remises directement au préparateur en pharmacie en charge de l'accueil dans la PUI. Un projet architectural en cours sur le site de Lamalou a intégré l'organisation de la PUI avec un sas d'accueil. La pharmacienne dispose de la liste des médecins disposant du droit de prescription dans l'établissement. Cette liste est réactualisée lors de changements de praticiens. Le plan de formation institutionnel propose des actions de formation en particulier aux risques d'erreur médicamenteuse. L'information et la communication de la part de la PUI vers les services de soins sont organisées via le système intranet, par le biais de la pharmacienne, l'intervention de la préparatrice en pharmacie dans les services de soins sur le site de Saint Clément. Le transport des médicaments, dont les stupéfiants est organisé. La continuité de dotation est médicament est organisée en dehors de heures d'ouverture de la PUI. Les dotations de médicaments du stock d'urgence sont organisées à partir du logiciel de gestion de la pharmacie sur chaque site et l'utilisation du stock, permettant une révision régulière des dotations. Les règles de stockage dans les armoires de pharmacie des services de soins sont définies avec étiquetage spécifique pour les médicaments à risques ainsi que dans les réfrigérateurs pour les médicaments à conserver au froid, pour les médicaments inclus dans les chariots d'urgence. Une organisation permet la dotation au patient de son traitement lors d'une permission thérapeutique. Les modalités particulières d'administration de certains médicaments sont définies: écrasement ou ouverture de gélules ou médicaments oraux. Les modalités de déclaration des événements indésirables sont définies. Un manuel qualité a été élaboré par la pharmacienne et validé par la CME.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les équipes concernées par la sécurisation du circuit du médicament, ont été

mobilisées autour de la gestion des risques liés à la PECM, lors de réunions pluriprofessionnelles. Des REMED sont en place. Dans le cadre de la semaine sécurité en 2014 et en 2015 des diaporamas ont été présentés. Les analyses des événements indésirables déclarés sont réalisées avec les équipes. Un thésaurus est en place dans le dossier du patient informatisé. La pharmacienne intervient sur les aspects de la prise en charge médicamenteuse en CME. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, pharmacien, préparateurs au sein de la PUI sont disponibles. Les horaires d'ouverture de la pharmacie sur chaque site sont définis et l'information disponible dans toutes les unités. Des vigilants sont identifiés. la pharmacienne est nommée pharmacovigilante et le directeur des soins matériovigilant. Le circuit des alertes de vigilance est défini. Il est connu des professionnels dans tous les secteurs. La gestion documentaire est disponible sur le système intranet de l'établissement et sous forme papier accessible depuis tous les services. Elle est mise à jour par la pharmacienne sur intranet et réactualisée sous forme papier en temps réel par les cadres des unités de soins. Le circuit du médicament est totalement informatisé de la prescription à l'administration dans tout l'établissement. De nombreux outils d'aide à la prescription comme le livret thérapeutique, le Vidal et livret des antibiotiques sont disponibles dans le système intranet. Un livret gériatrie est également disponible., la liste de médicaments et leurs génériques est en place. Le logiciel de prescription intègre un système d'alerte accessible au médecin prescripteur pour la réévaluation de la prescription des antibiotiques à 72H. Les professionnels dans les unités de soins disposent d'ordinateurs portables sur les chariots de médicaments leur permettant une traçabilité en temps réel de la distribution des médicaments, et de la prise des médicaments. Des outils d'aide à l'administration sont également disponibles, spécialement pour les personnes âgées. Des fiches d'information sur le traitement personnel sont disponibles. Les programmes d'éducation thérapeutiques déployés dans l'établissement incluent l'information au patient sur le bon usage des médicaments. La procédure de signalement des événements indésirables est disponible sous forme papier dans tous les services. En cas d'événement indésirable lié à l'administration de médicaments génériques, après analyse, un document explicatif est rédigé par la pharmacienne et mis à disposition des praticiens dans la documentation. Un thésaurus est disponible dans la gestion documentaire. Un stock de médicaments d'urgence est disponible dans un local sécurisé accessible aux IDE en dehors de heures d'ouverture de la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les offices de soins sécurisés sur les deux sites sont accessibles avec un badge personnel sur le site de Lamalou et par accès avec une clef pour chaque professionnel sur le site de Saint Clément. En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, un stock d'urgence sur prescription est disponible dans des locaux sécurisés sur les deux sites avec une traçabilité des services y ayant eu recours et des médicaments utilisés. En cas de manque, l'utilisation du traitement personnel à l'arrivée du patient est réalisé sur une durée définie, et l'approvisionnement aux pharmacies de ville est effectué par le médecin de l'établissement. Chaque service de soins est doté d'un chariot à pharmacie contenant les piluliers nominatifs et d'une armoire à pharmacie contenant le coffre à stupéfiants, sécurisés. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées dans le dossier informatique sous forme DCI. La validation pharmaceutique est complète pour l'ensemble des traitements avec accès aux données cliniques et examens biologiques pour les pharmaciennes en particulier aux examens biologiques spécifiques chez la personne âgée de plus de 80 ans. La conciliation pharmaceutique a été présentée aux membres de la CME par la pharmacienne. L'étiquetage des médicaments en DCI dans les armoires respecte les règles de bonnes pratiques, éditées dans une procédure. La dotation est suivie régulièrement par la PUI grâce au logiciel interne de gestion de la PUI. Les médicaments oraux sont identifiables jusqu'à leur administration, et les modalités d'administration particulière connues des professionnels. La dispensation nominative est réalisée sur les deux sites de la clinique, sous forme quotidienne sur le site de Lamalou et nominative semi globale sur le site de Saint Clément pour l'ensemble des traitements. Les piluliers nominatifs sont préparés par la pharmacie avec une double vérification. L'identification des piluliers de distribution des médicaments oraux est réalisée dans les PUI et dans tous les services visités avec validation possible après contrôle identitaire par la photo du patient. Les règles de transport, gestion et stockage des médicaments, en particulier des stupéfiants sont appliquées. L'acheminement des containers scellés est assuré par les IDE à Lamalou, par un professionnel autorisé pour le transport par voiture vers le site de l'Ermitage à Lamalou, par la préparatrice en pharmacie sur le site de Saint Clément de Rivière. Les médicaments de type stupéfiants sont sous la responsabilité des cadres infirmiers et des infirmières référentes désignée. En cas de changement de traitement un réajustement des piluliers et une livraison sont réalisées en urgence. La gestion du traitement personnel est assurée par l'ensemble des personnels rencontrés, avec séquestration du traitement pendant l'hospitalisation du patient ou remise à la famille, et rendu du traitement à la sortie. La température de l'ensemble des réfrigérateurs dans les unités de soins est contrôlée et tracée. Les réfrigérateurs à la PUI sont contrôlés en continu, avec un enregistrement automatique de la température et un relevé hebdomadaire réalisé par la pharmacienne. et conservé à la pharmacie. Le contrôle à fréquence régulière des chariots d'urgence est réalisé et tracé dans tous les services. L'information au patient sur le bon usage des médicaments est effective, en particulier dans les programmes d'éducation thérapeutiques en place dans l'établissement. Les alertes

descendantes et ascendantes sont prises en compte 24h/24.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi à l'aide d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs est mis en œuvre par la pharmacienne.

Des indicateurs sont définis pour chaque étape du circuit du médicament, suivis régulièrement. Les indicateurs IPAQSS sont recueillis : conformité de la prescription pendant l'hospitalisation et traitement de sortie. La consommation des antibiotiques est suivie en lien avec l'écologie bactérienne des services de soins. Un audit de processus sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été mené en 2015. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration qui en découlent sont présentés régulièrement aux équipes et aux instances.

A / AGIR

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

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