



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE KORIAN SULLY**

**62-64 avenue de Sully
93190 LIVRYGARGAN**

FÉVRIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. 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	15
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE KORIAN SULLY	
Adresse	62-64 avenue de sully 93190 Livry Gargan
Département / région	SEINE-SAINT-DENIS / ILE DE FRANCE
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	310021274	CLINIQUE DE LIVRY SULLY - ETAB ADMINISTRE PAR KORIAN SA	31240 L UNION
Etablissement de santé	930300280	CLINIQUE KORIAN SULLY	62-64 avenue de sully 93190 Livry Gargan

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	70

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Conventions avec les principaux adresseurs de la Seine Saint Denis
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. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	H ou F Personne Agée	SSR polyvalent	Affections appareil locomoteur	Hospitalisation programmée	Rééducation fonctionnelle suite pose prothèse	SSR
2	H ou F Personne Agée	SSR Gériatrique	Affections sujet âgé polypathologique	Hospitalisation programmée	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

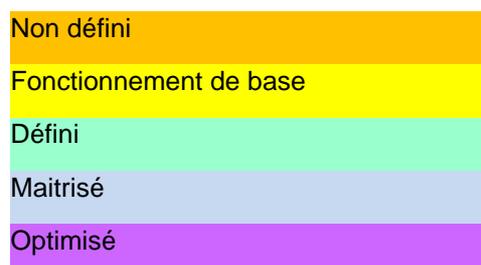
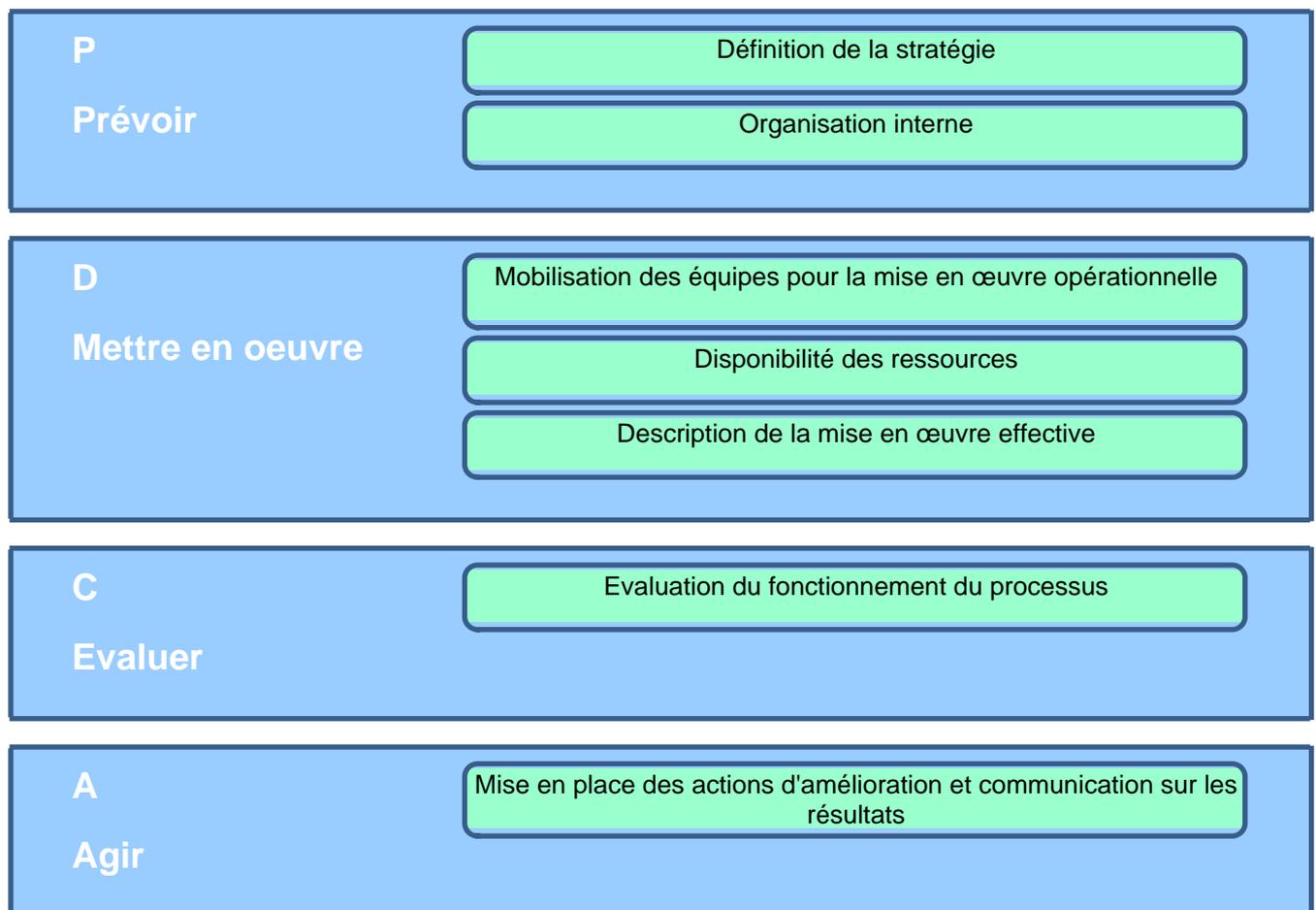
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La politique qualité et sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2011-2015 de la clinique Korian Sully, dans le CPOM 2013-2018 qui fixe des objectifs visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et dans une note d'orientation stratégique pour les années 2017-2018.

Un document « politique, gestion des risques et sécurité des soins 2017 » validé en CME du 22 juin 2017 décline les valeurs du groupe KORIAN, les engagements de la direction, l'organisation, les orientations et les objectifs généraux de cette politique.

Cette stratégie portée par le management, intègre entre autre, les orientations EPP qui sont inscrites dans le PAQSS, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

L'établissement a identifié un axe d'amélioration dans l'organisation du développement des EPP (relancer la démarche EPP, développer les CREX, ...)

Selon une méthodologie du groupe Korian, l'établissement a élaboré une cartographie des risques en tenant compte des risques à postériori (Événements indésirables, plaintes et déclarations, résultats d'évaluations, exigences réglementaires,.....) et des risques à priori (analyse des processus par des groupes de travail pluri professionnels). Les risques ont été identifiés selon des échelles d'évaluation à 5 niveaux.

Les orientations stratégiques et l'analyse des risques ont permis de formaliser le programme d'amélioration qualité risques pour l'année 2017-2018. Ce qui a donné lieu à un programme d'actions formalisé qui intègre l'ensemble des plans d'action de la clinique (CLAN, CLUD, CLIN, comedims, Groupe de travail sur les thématiques HAS,) et des actions résiduelles du PAQSS des années antérieures.

L'ensemble a été validé lors de la réunion de la CME de juillet 2017.

La Clinique KORIAN Sully a identifié ses risques prioritaires pour alimenter le compte qualité. Il y a une cohérence entre le PAQSS et le CQ.

La représentante des usagers a été sollicitée dans le cadre de l'analyse des risques et notamment lors de l'analyse des questionnaires de satisfaction. La CDU a validé le Plan d'actions de la thématique « droit des patients ».

ORGANISATION INTERNE

La démarche, portée par le management, est pilotée par le comité qualité gestion des risques et comité vigilances et risques (CO.PIL/COVIRIS) qui est l'instance de concertation décisionnelle et qui assure la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

La CME est l'instance qui valide la stratégie et le plan d'action qualité et gestion des risques de la Clinique. Elle coordonne la démarche de gestion des risques associés aux soins.

Des pilotes opérationnels ont été nommés sur 17 processus (Risque infectieux, parcours patient, logistique.....).

Formés à l'identification des risques, chaque pilote a élaboré pour sa thématique, la cartographie des risques et identifié un plan d'actions d'amélioration validé en CME qu'il est chargé de mettre en œuvre et de suivre en coopération avec la cellule qualité.

Les vigilants sont désignés. Le cadre de santé est identifié comme coordonnateur des risques liés aux soins, la responsable qualité comme coordonnateur des autres risques.

Eu égard à la taille de l'établissement, la Directrice, le cadre de santé, la responsable qualité, les différents vigilants assistent à chaque commission et comités constitués (CME, COPIL/COVIRIS,...).

La responsable qualité assure le suivi opérationnel du plan d'actions et apporte un soutien méthodologique aux professionnels et aux pilotes de processus.

La clinique Korian Sully dispose d'un système d'information "risque qualité" récemment mis en place .

La gestion documentaire a été récemment mise à jour, réactualisée et complétée. Informatisée, elle est accessible sur l'ensemble des postes de travail.

Le plan blanc a été mis à jour et intègre les différents plans d'urgence (plan canicule,....)

Le dispositif des événements indésirables est organisé et disponible sur le système d'information "risque qualité". Les déclarations d'événements indésirables sont analysées deux fois par mois par une équipe opérationnelle des risques en associant les acteurs concernés. Le bilan et le suivi est mis à la disposition des professionnels sur le système d'information "risque qualité" dédié.

La Directrice est chargée de la coordination et de la gestion des réclamations et des plaintes.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est organisée. Un questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil permet de mesurer la satisfaction des patients. Les représentants des usagers sont identifiés dans le livret d'accueil.

Une politique (KAA/PES/RE-002 du 22.06.2017 intitulée Politique Evaluation des Pratiques professionnelles) précise entre autre :

- Que le pilotage des EPP est réalisé par la CME,
- que le programme 2017-2018 prévoit de relancer les EPP, de sensibiliser les professionnels aux

méthodologies d'évaluation des pratiques, de développer les CREX et la méthode du patient traceur. Chaque vigilant est responsable de sa documentation sur les obligations légales et réglementaires. Au niveau du groupe KORIAN, des experts métiers sont chargés de diffuser la réglementation sur chaque établissement à travers la gestion documentaire du Système d'information « K REG ». La CDU est constituée et se réunit 4 fois par an.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La CME, la cadre de santé, la responsable qualité mobilisent les équipes pour la mise en œuvre du PAQSS institutionnel et l'amélioration des pratiques. Chaque pilote de thématique est chargé de mettre en œuvre son plan d'actions. La clinique Korian Sully a sensibilisé et impliqué les professionnels par des formations, des affiches d'information et le soutien méthodologique de la responsable qualité. L'ensemble des professionnels participent à la démarche au travers des audits réalisés à chaque étage. Les praticiens se sont approprié la démarche par leur participation à toutes les instances (CME, COMEDIMS, ...). Ils sont chargés de reporter les informations aux professionnels de chaque étage lors des réunions de service. Eu égard à la taille de l'établissement, le cadre de santé assure l'interface entre le management, les professionnels et les différents plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La responsable qualité apporte le soutien méthodologique auprès des professionnels. Les instances se réunissent à périodicité définies et la CME a été définie comme instance décisionnelle de l'ensemble du dispositif gestion des risques et coordonne la démarche de gestion des risques associés aux soins. La clinique dispose d'un système d'information risque qualité qui permet d'intégrer le PAQSS et de suivre chaque action dans le temps « K PAQ ».

Ce dispositif est mis à la disposition de chaque professionnel qui peut en suivre l'évolution. Les professionnels ont été informés et formés aux différents dispositifs mis en place :

- Information par affiche sur la V2014, sur les CREX, sur le système d'information « Risque qualité », sur les patients traceurs, sur la déclaration d'un évènement indésirable.
- Formation sur la gestion documentaire, sur l'utilisation du dispositif d'information "risque qualité" et sur les actions du PAQSS
- Formations aux patients traceurs, à la démarche du retour d'expérience

Le système d'information "risque qualité" met à disposition des professionnels :

- La gestion documentaire "K GED"
- Le dispositif des évènements indésirables approprié et opérationnel "K RIS"
- Le PAQSS "K PAQ"

Un questionnaire de satisfaction est remis à l'entrée du patient avec le livret d'accueil et permet d'évaluer la satisfaction des usagers. Le dispositif de plaintes et réclamations est organisé. Les plaintes et réclamations sont traitées avec les professionnels concernés, elles sont suivies par la Directrice de la clinique. La CDU qui se réunit 4 fois par an, participe à l'analyse des plaintes et réclamations et à l'analyse des questionnaires de satisfaction. Une lettre « qualité » a été récemment diffusée auprès des professionnels. La clinique a mis en œuvre le patient traceur. La charte d'encouragement sur le recueil des évènements indésirables a permis de faire progresser les déclarations d'évènements indésirables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Malgré une discontinuité de l'activité de la cellule qualité en 2016, le PAQSS 2017-2018 a été remis à jour. La responsable qualité a repris les audits, les résultats et les actions non abouties fin 2015. Les professionnels se sont appropriés le PAQSS par les audits qui sont réalisés et qui ont permis de modifier certaines pratiques. Les personnels rencontrés lors de la vérification terrain ont mis en évidence les audits auxquels ils participent (sur les contentions, les audits sur la pose des bracelets, sur les étiquettes, sur les pratiques d'utilisation du lave bassin, sur la traçabilité du bilan urinaire,...)

Les professionnels savent utiliser le système d'information « Risque qualité » pour chercher un document sur la gestion documentaire, pour déclarer les évènements indésirables. Néanmoins, la récente mise en place de ce dispositif ne permet pas de dire que les professionnels se sont appropriés ce nouvel outil, mais déclarent qu'ils ont reçu la formation et qu'il est facile d'accès. Sensibilisés à la déclaration des évènements indésirables, les professionnels ont acquis le réflexe de la déclaration pour des dysfonctionnements liés à leur pratique. Le COPIL-COVIRIS s'est réuni 3 fois en 2017 pour assurer le suivi des actions du PAQSS et le suivi des EPP. Le plan blanc est tenu à jour et des exercices sont réalisés chaque année. Le dernier exercice date de juin

2017(simulation d'un malaise de la pharmacienne seule dans les locaux de la pharmacie, exercice d'évacuation en situation d'incendie).

Les professionnels sont informés des plaintes, des réclamations et des lettres de satisfaction des patients.

La représentante des usagers est connue des professionnels.

L'équipe opérationnelle des risques se réunit chaque semaine pour analyser les FSEI et identifier les EI graves. En 2017 un événement indésirable grave sur la prise en charge médicamenteuse a fait l'objet d'une CREX .dans le service. Un tableau des EPP (lié aux indicateurs de pratique clinique et autres indicateurs) est géré par la cellule qualité qui récupère les informations lors du COPIL/ COVIRIS.

Toutefois, le pilotage des EPP n'est pas opérationnel sur le terrain, la consultation des PV de la CME montre que cette instance fait un point de situation sur les EPP en cours, mais les objectifs ne sont pas définis en particulier concernant la pertinence des soins. Les EPP du service sont des suivis d'indicateurs d'anciennes EPP.

L'analyse des risques a identifié dans ses axes d'amélioration la relance des EPP sur l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une quarantaine d'audit sont menées au sein de la clinique KORIAN Sully.

Chaque pilote de processus mène les audits sur sa thématique. (risque infectieux, douleur, parcours patient, médicaments, droits des patients, dossier patient).

La satisfaction des usagers est mesurée par les questionnaires de satisfaction. La cellule qualité collationne les résultats. Le PAQSS et le compte qualité font l'objet d'une évaluation annuelle en COPIL COVIRIS sur l'état d'avancement des actions.

Toutefois, la clinique ne dispose pas d'un dispositif structuré d'évaluation périodique de l'ensemble du processus MQGR. Il n'existe pas de dispositif global et structuré permettant le pilotage de la thématique, ce qui ne permet pas d'évaluer globalement le système de management de la qualité. Même s'il existe certains objectifs d'évaluation précisant des niveaux à atteindre, la jeunesse de la démarche n'a pas permis de mettre en place un tableau de bord répondant aux objectifs, pérenne et récurrent intégrant pour chaque action, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, des analyses de pertinence permettant le pilotage du processus MQGR.

A / AGIR

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

Le PAQSS est réajusté au fil de l'eau et au fil des instances en fonction des résultats des évaluations et des résultats obtenus.

La communication des résultats des évaluations est réalisée en interne auprès des instances notamment la CME qui réunit les responsables du secteur de soins (praticien, cadre de santé, pharmacien,...), Les professionnels reçoivent les résultats par messagerie et par affichage pour certains résultats comme les IQSS. En externe, les résultats sont insérés périodiquement dans le livret d'accueil pour ce qui concerne les indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS, ICALINS).

Le système d'information « risque qualité » trace les actions qui sont menées et permet de visualiser les actions du PAQSS. Ce dispositif est en cours d'appropriation par les professionnels.

Les rapports annuels de la CDU montrent que les représentants des usagers sont informés des résultats concernant les plaintes et réclamations, la satisfaction des patients, les événements indésirables et le PAQSS .

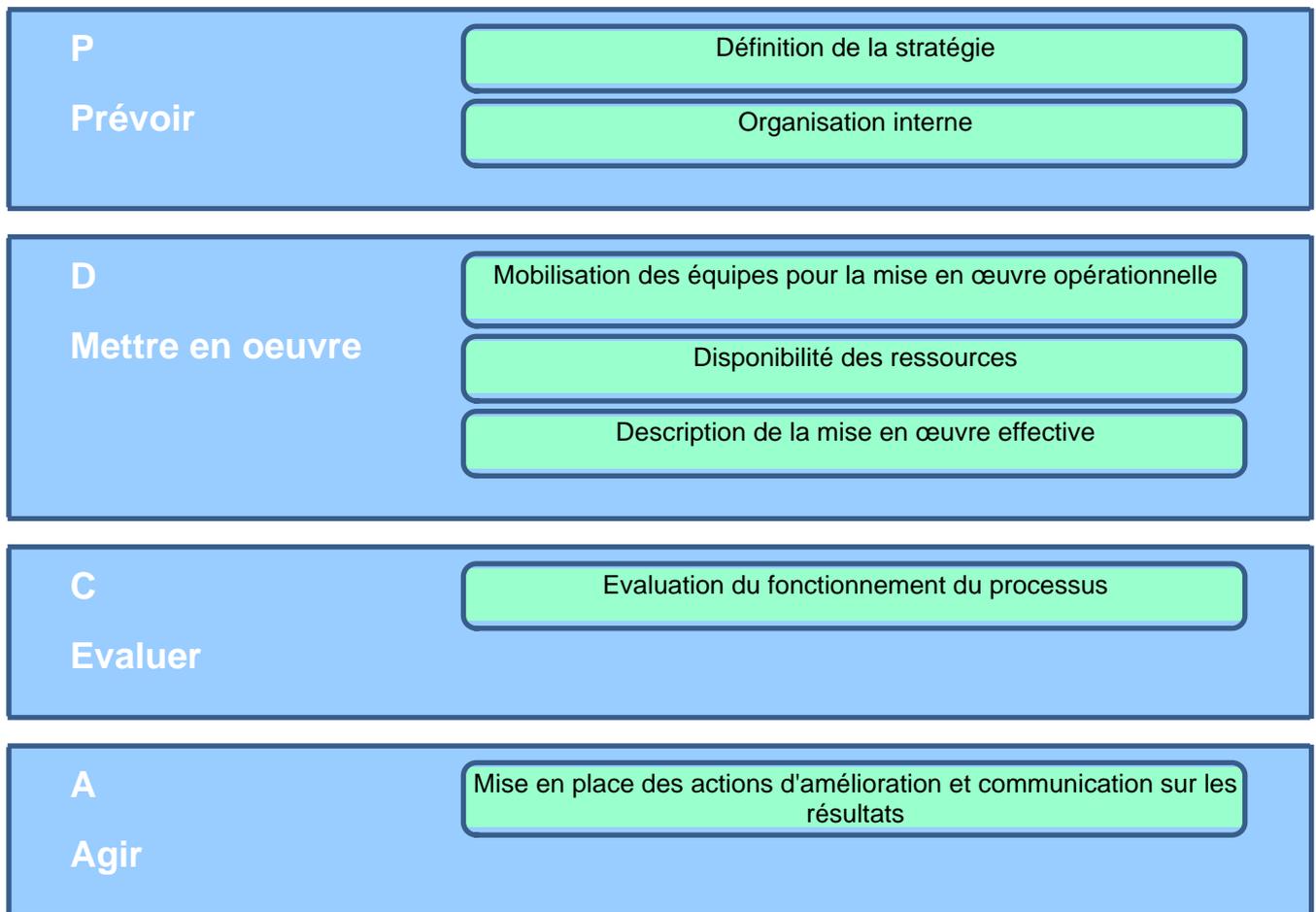
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie des « droits des patients » est déclinée :

- dans les valeurs du Groupe qui définit l'esprit de bienveillance, de responsabilité, d'initiative et de transparence,
- dans les valeurs de l'établissement énoncées dans le projet d'établissement 2011-2015 (reconnaissance et respect de la personne, respect de l'intimité et de la dignité, comportement éthique, satisfaction des patients),
- et dans un des engagements du CPOM (poursuivre le programme d'éducation thérapeutique sur la prévention de la dénutrition de la personne âgée).

Le groupe « droits des patients » est piloté par la Directrice de l'établissement qui est aussi Présidente de la CDU et co-piloté par un praticien hospitalier et le cadre de santé, des professionnels volontaires (infirmier, aide-soignant, administratif, secrétaire médicale) ont participé à l'élaboration de la cartographie des risques sur la thématique. Le groupe a mobilisé les données des événements indésirables, des IQSS, les plaintes et réclamations, les résultats des questionnaires de satisfaction et les risques a priori.

Il a identifié des objectifs et définit un plan d'actions priorisé présenté en COPIL/COVIRIS, à la CDU (Cette commission a validé l'analyse des risques « droits des patients » en mars 2017) et validé par la CME. Les risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité. Pour chaque action du PAQSS sont définis le pilote, le calendrier de réalisation et l'indicateur de suivi. Il y a une cohérence entre le PAQSS et le Compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La Directrice, pilote du groupe de travail, coordonne et assure le suivi de la stratégie des droits des patients. Une feuille de route définit son rôle et ses responsabilités.

La CDU veille au respect des droits des usagers et participe à l'analyse des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations.

Le circuit de traitement des plaintes et réclamations est organisé et suivi par la Directrice qui est Présidente de la CDU.

L'établissement a mis à jour et formalisé un ensemble de procédures relatives à la thématique des droits des patients (information en cas de dommages liés aux soins, recueil du consentement, des directives anticipées, de la personne de confiance, signalement des cas de maltraitance, procédure de gestion des plaintes et réclamations, etc.).

Celles-ci sont insérées dans la gestion documentaire informatisée.

La commission des usagers est organisée et se réunit 4 fois dans l'année.

Les usagers sont informés de leur droit et des missions de la CDU par le livret d'accueil qui est remis au patient dès son admission. par des tableaux d'affichage situés dans le hall d'entrée et à chaque étage sur lesquels sont affichés :

- le droit des usagers,
- la personne de confiance,
- les chartes sur la bientraitance, des droits et libertés de la personne âgée dépendante, sur le respect de la confidentialité,
- l'information sur les différents cultes religieux (catholique, musulman, israélites, protestant),
- la liste des représentants des usagers.

La psychologue et les médecins sont chargés de répondre aux questionnements des professionnels notamment sur la fin de vie et l'établissement a identifié le besoin de créer un comité éthique.

L'organisation et les pratiques des professionnels permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les services sont répartis sur deux étages de 36 lits chacun dont 16 chambres individuelles et 10 chambres doubles dont les lits sont séparés par un rideau. Un système indique la présence d'un professionnel dans la chambre.

Des consignes sont données aux personnels de soins infirmiers pour que les écrans d'ordinateur qui sont sur le chariot de distribution des médicaments soient tournés face au mur. Un petit salon des familles est disponible au rez de chaussé.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels (un infirmier référent, une secrétaire médicale qui est aussi technicien d'information médicale pour l'ensemble des patients hospitalisés, une psychologue à temps partiel, une diététicienne à temps partiel, deux kinésithérapeute travaillant sur les deux étages, ...).

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent. Des plages de rendez-vous sont organisées pour les familles. Le médecin passe voir les patients 2 fois par semaine.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins, le cadre du service de soins, l'infirmier référent s'assurent des bonnes pratiques dans chaque étage du service de soins.

Eu égard à la taille de l'établissement, le programme du PAQSS est déployé de manière opérationnelle sur l'ensemble des deux étages de soins. (Formation, protocoles, audits,...).

Le suivi du programme est réalisé par la responsable qualité et un point de situation est fait en réunion du COPIL-COVIDIS.

Des évaluations sont organisées et les professionnels connaissent les thèmes portés par les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité (tenue du dossier patient, traçabilité de la douleur, projet thérapeutique, contention physique, etc..).

L'information est réalisée par le cadre de santé et les résultats sont affichés à chaque étage. Les éventuelles actions correctrices suite aux évaluations sont identifiées par le cadre de santé en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre cette démarche de promotion des droits des patients, la clinique Korian Sully dispose de diverses compétences.

Trois praticiens gériatre, des infirmiers, des aides-soignants et des ASH au plus près des patients.

Sur prescription, il peut être fait appel à une psychologue, à une assistante sociale, à la diététicienne.

Un plateau technique de rééducation, un kinésithérapeute et un professionnel de l'activité physique adaptée (APA) sont mis à disposition sur prescription pour la prise en charge des patients.

Le plan de formation de l'établissement intègre la formation des professionnels aux droits des patients (relation famille soignant, communication dans l'équipe pour mieux accompagner le patient, accompagner les personnes en fin de vie).

Des formations internes sont aussi réalisées par la psychologue, le référent infirmier ou la RAQ (bienveillance, annonce d'un dommage associé aux soins).

Les usagers peuvent faire appel au représentant du culte de leur choix. Cette information est donnée par le livret d'accueil et par un affichage dans les étages.

Les directives anticipées, la bienveillance sont expliquées par la psychologue.

La personne de confiance est demandée à l'entrée et à la charge du praticien et du personnel infirmier.

Les procédures relatives à la thématique des droits des patients sont accessibles à l'ensemble des professionnels. Ils ont à leur disposition divers documents utiles à cette prise en charge (document permettant le signalement de risque de maltraitance, document pour réaliser un inventaire, liste des personnels parlant une langue étrangère, document concernant la conduite à tenir pour les patients en fin de vie).

Des ateliers sont organisés au profit des patients : Atelier chute, mémoire, marche équilibrée, relevé de chute, coordination et jeux ludiques, atelier en lien avec la dénutrition.

Un projet de reconstruction réunissant deux établissements sur un terrain de la commune de Livry-Gargan est validé et en cours d'autorisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont mises en œuvre et connues des personnels.

A l'entrée dans le service de soins, un soignant informe le patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance et vérifie qu'il dispose bien du formulaire de couleur « rose ».

La traçabilité de cette information est réalisée par le service d'accueil qui est chargé de mettre à jour le dossier informatisé. Le formulaire est classé dans la partie du dossier papier du patient.

Le patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées, recueillies par la psychologue.

L'information aux patients est réalisée au travers d'un affichage, du livret d'accueil de la clinique Korian Sully.

Les droits des patients et la charte de signalement des événements indésirables sont affichées dans chaque salle de soins (une par étage).

Les professionnels connaissent la procédure de signalement des cas de maltraitance.

Une fois par semaine, un staff coordonné par un praticien réunit l'ensemble des professionnels pour réaliser une transmission coordonnée sur la prise en charge de chaque patient.

Les professionnels connaissent les dispositions à respecter en matière de restriction des libertés qui se limitent aux barrières de lit. Ils ont participé à l'élaboration de la procédure sur ce thème. La mise en place de barrière de lit est basée sur une prescription médicale réévaluée chaque semaine. Cette disposition a été validée par la CME.

Une plage de rendez-vous a été instaurée pour recevoir les familles. Le médecin renseigne sur la prise en charge médicale, la Directrice peut intervenir pour renseigner sur l'hôtellerie et le cadre de santé sur la prise en charge soignante.

Les événements indésirables sont analysés chaque semaine par la cellule qualité. Un retour est réalisé sur

le système d'information risque qualité accessible et connu par chaque professionnel rencontré.
La CDU participe à l'analyse des plaintes et réclamations et des événements indésirables, et également à la satisfaction des usagers à travers les questionnaires de satisfaction, les lettres d'éloge.
La représentante des usagers est impliquée dans l'amélioration des droits des patients et a identifié des pistes d'améliorations sur le retour des questionnaires de satisfaction par exemple.
La conservation des effets personnels est organisée et un inventaire est réalisé à l'entrée de chaque patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique KORIAN Sully met en œuvre un suivi de la démarche de promotion des droits des patients basé sur diverses sources :

- des audits sur les pratiques (douleur, traçabilité du projet thérapeutique, en aout 2017, un audit sur la prescription de contention physique passive,)
- Les événements indésirables liés à la maltraitance,
- Les plaintes et les réclamations
- les IQSS. La clinique participe aux IQSS tous les deux ans et réalise périodiquement des audits sur la tenue du dossier patient (personne de confiance, directives anticipées, ...)
- Le suivi des formations à la bientraitance et à l'annonce d'un dommage associé aux soins.
- La chambre des erreurs.

Toutefois, le dispositif d'évaluation existant ne permet pas de s'assurer que les risques soient maîtrisés et que les objectifs fixés pour améliorer le processus droit des patients soient atteints. En effet, l'établissement n'a pas défini des objectifs sur l'ensemble des actions mises en place.

Exemples :

- En ce qui concerne la formation des professionnels à la bientraitance, l'indicateur retenu est le plan de formation et l'autoévaluation des pratiques, sans qu'aucun objectif n'ait été identifié (% des personnels formés, % d'amélioration des pratiques,).

Au cours de la visite, la Clinique a créé et remis aux experts visiteurs un tableau de bord indiquant par type de formation et par catégorie professionnelle, le pourcentage des professionnels formés.

- En ce qui concerne l'audit sur les bonnes pratiques de contention, l'indicateur est le rapport d'audit, sans qu'aucun objectif n'ait été défini.

A / AGIR

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

Les professionnels connaissent le résultat des audits auxquels ils participent. Les résultats sont communiqués lors des réunions dans le service, aux instances et notamment à la CDU.

La clinique KORIAN Sully suit régulièrement en réunion du COPIL-COVIRIS avec la validation de la CME la mise en œuvre de la politique de droit des patients pour en réajuster les objectifs et les plans d'actions si besoin.

Le système d'information risque qualité permet d'assurer un suivi pérenne des actions mises en place dans la Clinique.

La clinique a mis en place des actions comme l'harmonisation des échelles de douleur. Eu égard au faible retour des questionnaires de satisfaction, la représentante des usagers prévoit de rencontrer chaque semaine les usagers pour leur présenter le questionnaire de satisfaction.

Les IQSS sont affichés dans chaque étage et dans le livret d'accueil.

Le K-PAQ reprend l'ensemble des actions mises en oeuvre suite aux résultats des audits, des programmes des instances, des risques identifiés, des recommandations Has (exemple: former les professionnels à la bientraitance, ou sensibiliser les professionnels à la confidentialité des mots de passe).

Les actions des risques prioritaires ont été insérées dans le compte qualité.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

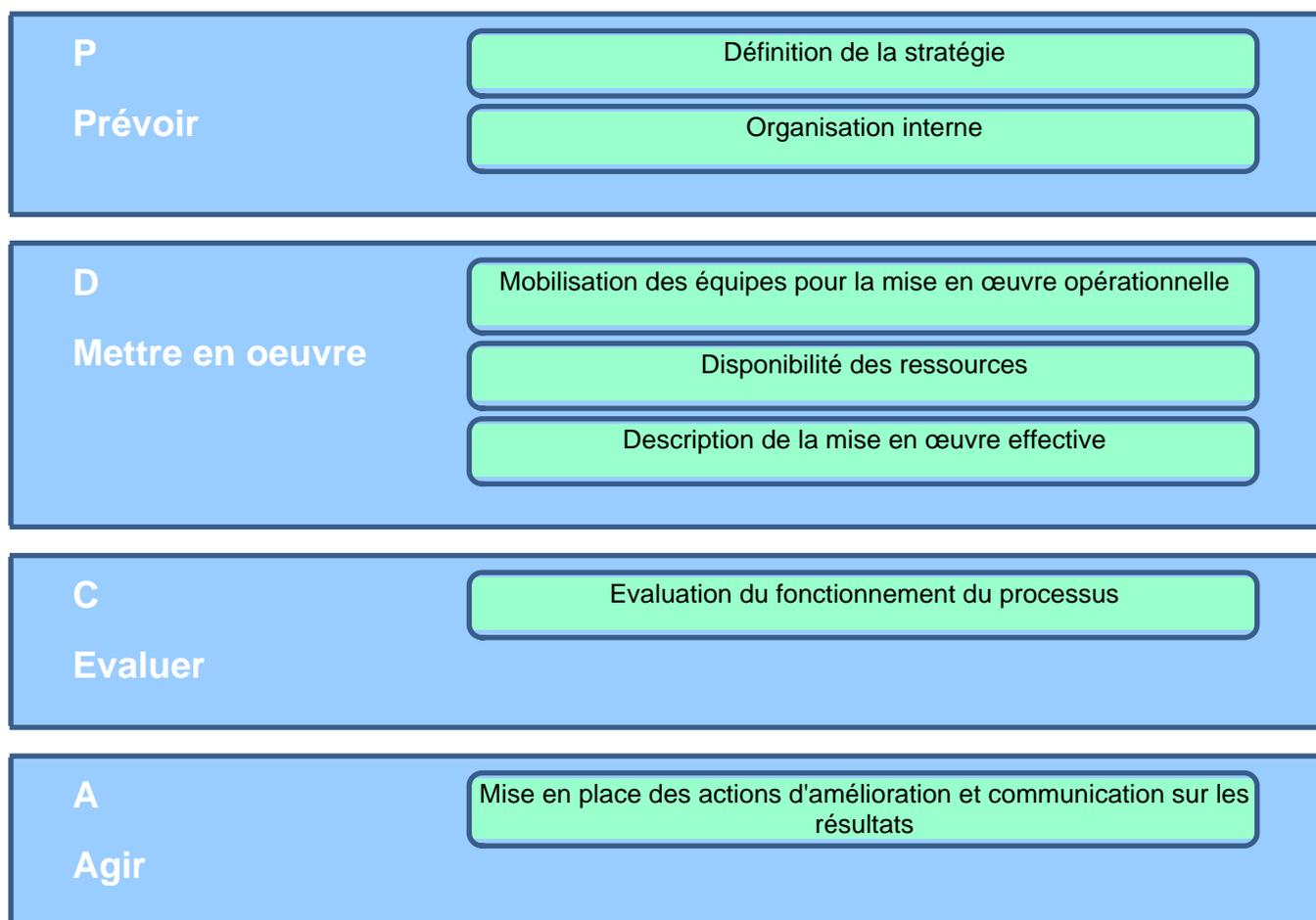
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

L'établissement a identifié ses besoins et attentes de la population avec les professionnels concernés .
Le recensement des besoins est issu du schéma régional d'organisation des soins, du CPOM et s'adresse principalement aux personnes âgées.
L'établissement est essentiellement un établissement de proximité avec une patientèle locale uniquement en hospitalisation complète.
Les risques sont analysés (audits,méthode du patient traceur,indicateurs IPAQSS,bilan de la CDU).
La cartographie des risques à priori (groupe Korian) et à posteriori (FEI,plaintes et réclamations,questionnaire de satisfaction) permet de les hiérarchiser et de définir des priorités d'actions d'amélioration de la prise en charge des patients.
2 axes prioritaires stratégiques sont définis:
- La maîtrise du risque de chutes
- L'élaboration du projet thérapeutique global du patient.
L'établissement ne dispose pas d'un service d'urgence. Cependant un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence (médecin présent dans l'établissement,chariot d'urgence,défibrillateur).
Il existe une politique d'amélioration du parcours patient intégrée au projet d'établissement, projet médical et PAQ validée par les instances de l'établissement. Elle définit les orientations en matière d'organisation des parcours des patients, de la prise en charge des populations vulnérables (personnes âgées,patients porteurs de maladies chroniques,personnes atteinte d'un handicap,personnes démunies), le projet de soins personnalisé, l'éducation thérapeutique du patient, la prise en charge nutritionnelle, du risque suicidaire et des urgences vitales dans l'établissement.
La politique est diffusée en interne à l'ensemble des professionnels et en externe (usagers,correspondants,établissements partenaires).
La mise en œuvre de la politique "Parcours du patient" est déclinée dans un programme d'amélioration avec priorisation des actions.
Ce programme est intégré dans le programme amélioration de la qualité (K-PAQ) de l'établissement. Ce dernier est articulé avec le compte qualité dans lequel figurent 2 risques principaux.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du Parcours du patient est assuré par la directrice de l'établissement, un médecin gériatre et l'IDE référent.
Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans le Parcours sont définis et précisés dans une fiche de mission.
Les ressources nécessaires humaines, documentaires matérielles sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation.
Les actions de formation sont intégrées dans le plan global de formation de l'établissement:
- formation aux gestes d'urgence (AFGSU niveau 1 et 2),
- élaboration du projet thérapeutique global sur le dossier patient intégré (DPI),
- risque suicidaire (par psychologue et kinésithérapeutes),
- prévention et prise en charge nutritionnelle de la dénutrition par la diététicienne.
Les protocoles et processus sont formalisés et intégrés dans la base documentaire informatisée K-GED. Le livret d'accueil est remis à chaque patient entrant.
Le dossier du patient est informatisé (Dossier Médical Intégré).
L'établissement utilise l'outil "Via Trajectoire" pour l'orientation personnalisée de chaque patient en fonction de l'état de santé au sortir de soins aigus et des ressources de l'établissement.
L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du Parcours du Patient: assistante sociale, une psychologue à temps partagé, une diététicienne à temps partiel, 2 kinésithérapeutes et 2 éducateurs APA (activité physique adaptée) à temps plein.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels déclinent la politique en objectifs opérationnels, en indicateurs et en plans d'actions. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs au cours des réunions hebdomadaires de service.
Les plans d'amélioration concernent par exemple l'évaluation initiale et continue du patient, le projet de soins personnalisé, l'évaluation nutritionnelle, la prise en compte du risque suicidaire. Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues.
Les équipes participent aux évaluations du processus, à la déclaration des événements indésirables (outil

K-RIS). elles sont informées des résultats des indicateurs , de la satisfaction des usagers (questionnaire de satisfaction remis à l'entrée des patients avec le livret d'accueil). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin en lien avec les professionnels et avec le soutien du gestionnaires des risques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels permettent d'assurer la continuité dès de la prise en charge des patients y compris la nuit, WE et jours fériés. Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales.

La documentation validée et actualisée est disponible en permanence sur la base documentaire informatisée K-GED.

Un matériel d'urgence vitale (chariot,défibrillateur) est disponible dans les 2 étages et 1 en salle de kinésithérapie .Le chariot est vérifié chaque dimanche.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation de la prise en charge et du Parcours du Patient en particulier:

- l'identification des patients à risque suicidaire ("Procédure relative à la prise en charge du risque suicidaire"),
- l'identification des patients ayant des troubles nutritionnels,
- l'organisation de la permanence des soins (liste des médecins et personnel administratif d'astreinte établie mensuellement),
- l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire(staff hebdomadaire et CREX),
- l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales dans les secteurs d'activité (unités de soins et salle de Kinésithérapie): chariots d'urgence, formation AFGSU des professionnels.

La prise en charge du patient est organisée à chaque étape du Parcours:

- Accueil du patient avec remise du livret d'accueil,vérification de l'identité (bracelet d'identification), désignation de la personne de confiance,
- Accueil de l'entourage du patient,
- Évaluation initiale et continue de l'état de santé (traitement personnel,risque suicidaire,évaluation de la douleur,dépistage des troubles nutritionnels avec mesure de la taille et du poids) tracée dans le DPI.

Une information est donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, ses examens, ses traitements.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient, l'établissement dispose d'un programme ETP autorisé (ARS) sur la dénutrition "Éducation thérapeutique de la personne âgée dénutrie ou présentant un risque de dénutrition". Mise en place d'ateliers "dénutrition".

Les besoins éducatifs du patient sont évalués et un projet éducatif personnalisé est proposé. Les examens de laboratoire sont accessibles sur le serveur du laboratoire 24/24 puis adressés par fax à l'établissement.

La sortie du patient est organisée et planifiée pour assurer la continuité et la sécurité des soins . Elle peut nécessiter l'intervention de l'assistante sociale.Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires (<=8j pour des séjours d'au moins 8 jours). Un questionnaire de satisfaction est remis au patient lors de son admission.

Concernant le projet de soins personnalisé, chaque professionnel trace dans le dossier patient informatisé (DPI) son projet thérapeutique qui peut être réajusté pendant le séjour.Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge.

Toutefois, Le projet de soins personnalisé concerté intégrant la réflexion bénéfice risque n'est pas toujours tracée dans le DPI.

Au cours de la visite terrain et de la consultation des dossiers patients traceurs, l'expert visiteur n'a pas retrouvé la trace de la concertation du projet de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité du Parcours du Patient.

L'évaluation est basée sur le recueil et l'analyse:

- des événements indésirables,
- des audits de dossiers (projet thérapeutique),
- des audits sur la contention,
- des audits de suivi des escarres (participation à un programme de maîtrise du risque escarre "Sauve ma peau" (ARS Ile de France) 2013-14),
- des audits de suivi des chutes (participation à un programme de maîtrise du risque chute "PARE A CHUTE" 2015-2017((ARS Ile de France),
- des EPP (prise en charge des patients dénutris, bénéfice de l'atelier équilibre-prévention des chutes),
- des questionnaires de satisfaction,
- des évaluations avec la méthode du patient traceur,

- des indicateurs IPAQSS (DPA,QDS ,IAS),indicateur HN et indicateurs internes (suivi des chutes).
Les résultats des évaluations figurent dans un tableau de bord permettant de réaliser un programme d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration est réajusté en fonction des résultats des évaluations. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre de façon coordonnée et structurée et intégrées au programme global qualité et gestion des risques de l'établissement (K-PAQ).

Les résultats sont communiqués aux professionnels au cours des réunions de service, par le journal interne "Lettre Qualité", sur la base documentaire informatisée K-SIRQ et par voie d'affichage.

2 actions d'amélioration ont été mises en place:

- L'Atelier de relevé de chute par les éducateurs APA (apprendre aux patients à se relever après une chute)
- La formation des équipes à la gestion du projet thérapeutique dans le DPI et suivi.

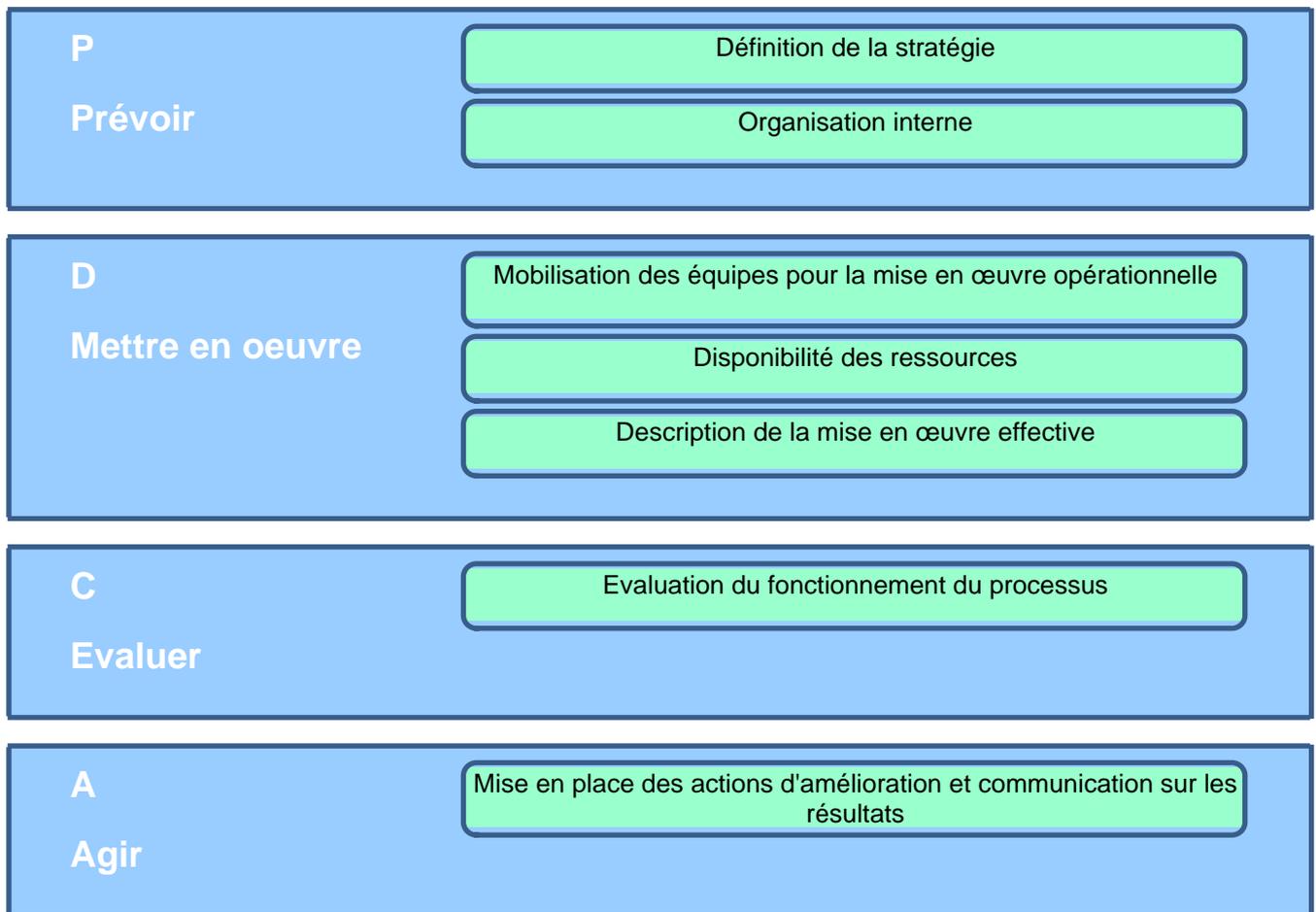
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le dossier patient de la Clinique Korian Sully est informatisé dès l'entrée du patient, avec la saisie des informations administratives d'entrée dans une application interfacée avec l'application du dossier patient informatisé. Un classeur papier recense les comptes rendus médicaux antérieurs à l'hospitalisation, l'imprimé signé « personne de confiance » et les originaux des examens complémentaires.

Le plan stratégique KORIAN 2020 a défini des objectifs de performance et d'innovation et la maîtrise de la qualité et de la continuité des soins dont le dossier patient partagé informatisé est un des objectifs prioritaires du groupe qui développe un DPI commun: « le Déploiement Korian pour L'Informatisation des Cliniques (DEKLIC) ».

Le groupe « dossier patient » de la clinique, piloté par le cadre de santé et co piloté par l'infirmier référent de soins de l'établissement est pluridisciplinaire (médecin, infirmier, secrétaire administrative).

Il a réalisé la cartographie des risques en mobilisant les données des événements indésirables, les résultats des IQSS, les plaintes et réclamations, les résultats des questionnaires de satisfaction et les risques à priori dont l'analyse a été réalisée selon une méthodologie commune à l'ensemble des groupes de travail de la clinique. Ce groupe a identifié des objectifs et définit un plan d'actions priorisé présenté en COPIL COVIRIS (Cette commission a validé l'analyse des risques « dossier patient » en mars 2017) et validé par la CME.

Le plan d'actions sur le « dossier patient » est intégré dans le PAQSS institutionnel et présenté à la Commission des usagers (CDU).

Les risques prioritaires du PAQSS sur le « dossier patient » sont intégrés dans le compte qualité. Il y a une cohérence entre le PAQSS et le Compte qualité.

La politique du dossier patient validée en CME de juin 2017 a été récemment formalisée (KAA/PES/RE – 004).

ORGANISATION INTERNE

Le cadre de santé qui est aussi coordonnatrice des risques liés aux soins, pilote le processus « Dossier patient ».

La clinique dispose des compétences. Le médecin DIM, référent de la qualité de l'information intégrée dans le dossier, les référents métiers nommés et formés pour assister chaque professionnel dans la saisie sur le DPI, les médecins, garants de la traçabilité de la prise en charge du patient, la responsable qualité, les instances qui s'assurent du suivi du plan d'actions et qui sont informés des résultats des audits sur le Dossier patient.

Des procédures de tenue et des guides d'utilisation du logiciel dossier patient pour chaque profession sont formalisés et diffusés dans la gestion documentaire. Les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation et l'accessibilité en temps utiles et les règles d'archivage y sont définies.

L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès sont organisés et gérés par la secrétaire médicale et par la Directrice. Le patient est informé par le livret d'accueil qui lui est remis lors de son admission.

Un guide de poche d'utilisation du dossier patient informatisé (DPI) est à la disposition des praticiens. Il existe un système médico administratif d'admission des patients interfacé au dossier patient. Les prescriptions et l'administration des médicaments sont informatisées.

Les nouveaux arrivants et les intérimaires sont en doublure. Ils sont assistés par les professionnels en place et chaque professionnel est accompagné par les différents référents identifiés.

Des formations à l'utilisation du DPI ont été mises en place récemment dans le cadre du plan d'actions.

La gestion documentaire intègre la documentation concernant l'utilisation des différents systèmes informatiques et l'organisation du dossier.

Les équipements nécessaires pour la prise en charge des patients sont installés sur chacun des deux étages d'hospitalisation, et au rez de chaussée pour l'accueil, le secrétariat médical, les archives.

La maintenance du SIH et la sauvegarde des informations sont organisées. Une procédure d'utilisation du DPI en mode dégradé est formalisée en cas de panne informatique.

Les dossiers patients sont archivés pendant 5 ans dans un local sécurisé puis sont transmis à un archiviste extérieur.

Les interfaces entre le dossier patient informatisé et le classeur patient sont organisés et l'ensemble des professionnels de santé communiquent en temps réel leur observation sur le DPI (médecins, psychologue, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistant APA, infirmiers, et aides-soignants). Les résultats des examens complémentaires sont insérés dans le dossier papier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé qui coordonne les deux étages d'hospitalisation, pilote la mise en œuvre opérationnelle du PAQSS sur le dossier patient.

Le plan d'actions a été présenté lors des réunions de service, par voie d'affichage sur la lettre qualité et il est inséré et suivi par la responsable qualité dans le système d'information « risque qualité » accessible à tous.

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs du plan d'actions de l'établissement qui est mis en place dans les deux services et qui est accessible via le système d'information risques et Qualité.

L'infirmier référent et référent douleur suit sa mise en œuvre. Chaque professionnel met en place les actions décidées et le cadre s'assure de la conformité des pratiques au vu des résultats d'audits programmés sur le dossier patient. La directrice assure le suivi des délais d'accès du patient à son dossier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le DPI permet de tracer en temps utile les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

Les ordinateurs portables et les postes fixes dans les salles de soins permettent de saisir les actes de soins de chaque professionnel en temps réel.

Le DPI permet le partage des données du patient tout au long de son séjour entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge (praticiens, infirmiers, psychologue, pharmacien, kiné, moniteur d'activités physiques adaptés, aide-soignants, diététicienne, TIM, ...).

Pour l'objectif "savoir utiliser le Dpi" qui a été jugé critique, l'établissement met en place des formations à l'utilisation du Dpi.

Le support de formation est accessible sur la gestion documentaire.

En 2017, ont été réalisées la formation sur l'utilisation du DPI, la sensibilisation des professionnels sur la confidentialité des mots de passe et sur l'élaboration du projet thérapeutique en lien avec le DPI.

Les intérimaires sont tutorés pendant ½ journée à l'utilisation du DPI.

La gestion documentaire (K GED) contient la documentation utile pour chaque profession. (Protocole de tenue du dossier social, protocole de tenue du dossier infirmier, modalités de recueil de la personne de confiance, Demande de communication du Dossier patient, les pièces à fournir, procédure de secours,).

La directrice suit les demandes de dossiers médicaux, et tient un tableau de bord, la secrétaire médicale s'assure du bien fondé des demandes et vérifie le statut d'ayant-droit. Peu de dossiers sont demandés.

Sur chaque étage, il y a 2 ordinateurs portables et un ordinateur fixe dans le bureau des praticiens, et deux ordinateurs portables pour les soins infirmiers et un ordinateur fixe dans la salle de soins.

Les praticiens accèdent directement aux résultats de l'examen de laboratoire par un lien internet du laboratoire.

Les dossiers sont archivés pour l'année en cours dans le bureau de la secrétaire médicale puis dans le local sécurisé pendant 4 ans. L'archivage au-delà de 5 ans est externalisé.

L'établissement a mis récemment en place une action permettant le suivi des dossiers qui sortent provisoirement des archives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La visite terrain et les patients traceurs ont montré que chaque professionnel utilise uniformément le dossier patient informatisé, et le dossier papier contient les documents précisés dans les règles de tenue (Comptes rendus médicaux antérieur à l'hospitalisation, fiche « personne de confiance », résultats des examens complémentaires de biologie ou d'imagerie médicale).

Les observations médicales sont informatisées et renseignées en temps réel par chaque praticien.

La clinique a identifié une amélioration des pratiques en ce qui concerne le compte rendu des hospitalisations et a mis en place un nouveau CRH qui est remis à la sortie du patient et dont la remise est suivie dans un tableau de bord.

Le personnel infirmier assure le suivi des prescriptions sur le planning de soins de l'outil informatique.

Les professionnels rencontrés lors de la visite terrain connaissent les procédures et les trouvent très facilement sur la gestion documentaire. Ils ont tous participé à une formation sur le DPI qui a été réalisée sur 2 jours.

La procédure du DPI en mode dégradée est affichée dans la salle de soins, et une clé 4G nécessaire à la procédure est stockée dans un petit coffre situé dans la salle de soins.

L'archivage des dossiers papier est réalisé sur la base d'une Check List par la secrétaire médicale qui est aussi le TIM et la responsable de l'archivage des dossiers de la clinique KORIAN Sully.

Les délais de transmission des dossiers transmis aux ayants droits sont respectés et communiqués à la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dossier patient de la clinique KORIAN SULLY est évalué par des audits, La clinique participe aux campagnes de recueil des indicateurs IQSS, et réalise entre deux campagnes des audits complémentaires.
Le délai de transmission des dossiers patients est évalué.
Toutefois, le dispositif d'évaluation existant ne permet pas de s'assurer que les risques soient maîtrisés et que les objectifs fixés pour améliorer le processus dossier patient soient atteints. La clinique n'a pas toujours fixé d'objectifs à atteindre sur les actions du PAQSS. (exemple d'actions : former les professionnels à l'utilisation du DPI avec comme objectif savoir utiliser le DPI). Par ailleurs, la périodicité des audits n'est pas toujours formalisée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le cadre du PAQSS.
La responsable qualité et le pilote du groupe de travail coordonnent les résultats des différents audits. Le COPIL/COVIRIS réalise périodiquement le bilan des actions du PAQSS et les réajustement sont validés en CME. Le K-PAQ reprend l'ensemble des actions mises en œuvre suite aux résultats des audits, des programmes des instances, des risques identifiés, des recommandations Has (exemple la formalisation d'un tableau de bord du suivi des Crh ou la formalisation d'une trame de courrier de sortie). Les actions des risques prioritaires ont été insérés dans le compte qualité.
La CDU est informée périodiquement du nombre de demande de dossiers, des délais de transmission et des actions d'amélioration au regard des évaluations.
La représentante des usagers vient une fois par mois à la clinique et projette de rencontrer patient ou famille de sortant.
Les résultats sont communiqués aux professionnels soit oralement soit par affichage.

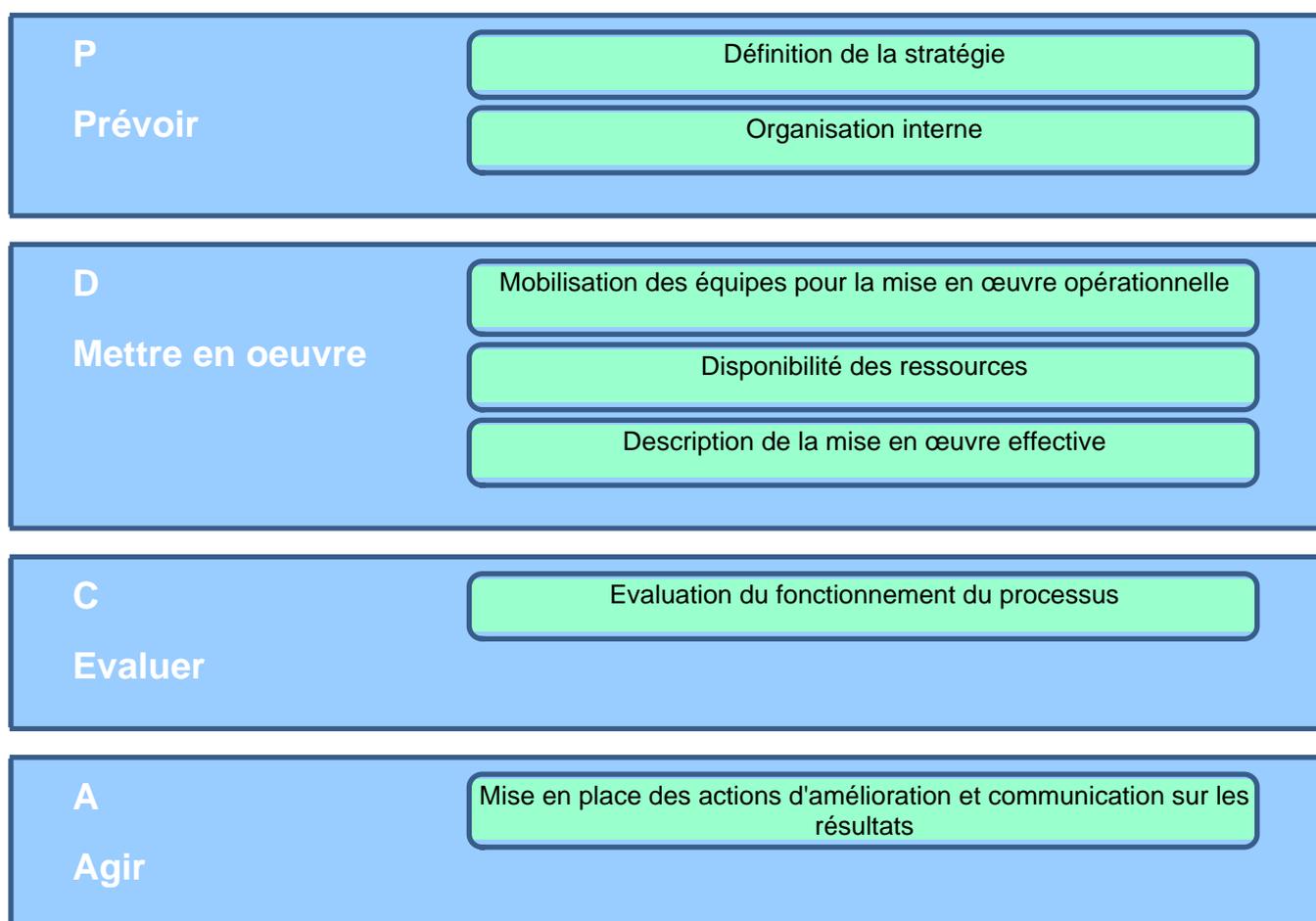
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a orienté sa stratégie sur la sécurisation du circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée (Politique de la prise en charge médicamenteuse 2017-2018) en tenant compte de la réglementation.

Cette stratégie découle d'une analyse des besoins, la cartographie des risques à priori, l'analyse des résultats des audits et évaluations, l'état d'avancement du Programme Action Qualité avec la participation des professionnels. Cette analyse a permis la hiérarchisation des risques et fixé des objectifs d'amélioration. 4 risques ont été inscrits dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le Pharmacien gérant de la PUI est responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et pilote la mise en oeuvre et le suivi du programme d'actions avec un médecin et un IDE référent. Les pilotes disposent d'une feuille de route.

La liste des médicaments à risque est listée en COMEDIMS et actualisée, le conditionnement unitaire des médicaments est privilégié lors de la commande, le stockage des stupéfiants est sécurisé (coffre de la clé protégé par digicode).

La prise en charge médicamenteuse est informatisée. Les médecins prescrivent sur le dossier médical intégré. La liste des prescripteurs habilités est déposée à la pharmacie. La continuité des soins pharmaceutiques est organisée. La Pharmacienne est présente à mi temps en semaine et n'effectue ni garde ni astreinte.

Une dotation pour les besoins urgents est disponible en dehors des heures d'ouverture de la Pharmacie dans une armoire sécurisée dans un local autre que le poste de soins lui-même sécurisé par digicode. L'établissement a des conventions avec une pharmacie d'officine et les établissements de soins voisins.

L'établissement a élaboré des protocoles et procédures nécessaires au déploiement du processus, disponibles sur la base documentaire informatisée K-GED accessibles aux professionnels. Des outils d'aide sont disponibles pour les professionnels: livret thérapeutique, le livret du médicament pour un bon usage chez la personne âgée (Korian), base Thériaque, base Claude Bernard intégrée au DPI, le Dorosz.

Les besoins en support d'information des patients sont identifiés. Une note sur le bon usage des médicaments figure dans le livret d'accueil.

Un carnet d'information et de suivi du traitement par AVK est remis au patient concerné.

Les locaux de la PUI sont sécurisés par un digicode qui donne accès au sas de retrait des médicaments lui-même sécurisé par grilles, et un badge pour pénétrer dans la zone de stockage, de préparation et le bureau de la Pharmacienne. Aucun personnel n'est autorisé dans la pharmacie en dehors de la pharmacienne et la préparatrice en pharmacie.

Toutefois, le protocole sur les règles d'hygiène des armoires de transport et de stockage des médicaments n'est pas formalisé. Pendant la visite sur le terrain des unités de soins et de la PUI, l'établissement n'a pas présenté une organisation permettant d'assurer l'hygiène des armoires et sa traçabilité. L'établissement a été réactif, puisqu'il a établi, avant la fin de la visite de certification, un protocole fixant les responsabilités de chacun en matière de nettoyage et de traçabilité. Ce protocole tout récent reste à être diffusé, connu et approprié par les professionnels. Le circuit du médicament est totalement informatisé, de même que le plan de soins. La sauvegarde des prescriptions se fait sur clé USB conservée à la Pharmacie.

Les circuits et les interfaces sont définis en particulier en ce qui concerne la livraison des médicaments dans les secteurs de soins, le retour des périmés, la gestion du traitement personnel du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La sensibilisation et la formation des professionnels sur le signalement et l'analyse et la prévention de l'erreur médicamenteuse est assurée en interne par la Pharmacienne et la RAQ.

La déclaration des erreurs ou presque erreurs médicamenteuses est effectuée via l'outil informatique K-RIS par les professionnels. La plateforme K-RIS est un outil d'analyse des événements indésirables. Un CREX médicament est organisé annuellement pour l'analyse des causes profondes des erreurs médicamenteuses.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau

institutionnel.

Une formation sur la prévention des erreurs médicamenteuse a été délivrée en interne par la Pharmacienne et la RAQ et en externe "PEC médicamenteuse de la douleur" par l'Institut de Formation Korian.

Les procédures issues de documents de référence validées sont disponibles et actualisées.

Les documents sont accessibles dans la base documentaire informatisée K-GED.

Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes à la réglementation. Les médicaments sont stockés dans des armoires sécurisée dans le poste de soin lui même sécurisé par un digicode. Les stupéfiants sont détenus dans des coffres fermant à clé (y compris le carnet de relevés nominatifs). La dotation de médicaments pour besoins urgents est stockée dans une armoire et un local sécurisés. Les médicaments sont rangés par ordre alphabétique . Elle contient les ampoules de chlorure de potassium. Le chariot d'urgence vitale scellé contient les produits selon une liste pré établie en concertation avec les médecins. Un réfrigérateur à basse température est disponible pour les médicaments thermosensibles (insuline). Le relevé des températures des réfrigérateurs de la PUI et des unités de soins est effectué quotidiennement et tracé (Procédure "circuit du médicament et dispositifs médicaux", note d'information à destination des IDE et personnel soignant).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription sont validées par l'ensemble des prescripteurs.

Le support unique de prescription est informatisé. Il comporte une aide à la prescription.

L'analyse pharmaceutique et la validation de l'ordonnance est réalisée pour toute prescription y compris le traitement personnel du patient qui est séquestré à l'entrée dans un local sécurisé.

La traçabilité de l'analyse pharmaceutique est réalisée sur le logiciel Dossier médical intégré.

La délivrance des médicaments est hebdomadaire individuelle et nominative (DHIN).

Des dotations particulières sont organisées pour les besoins urgents ,les stupéfiants.

L'acheminement des médicaments de la pharmacie vers les unités de soins est organisé (armoires sécurisées pour la dotation hebdomadaire contenant des casiers avec étiquette du patient et n° de chambre; valise sécurisée pour transport ponctuel en cas de modification d'un traitement).

L'administration des médicaments est effectuée par l'IDE après vérification de l'identité du patient (bracelet) et de l'ordonnance sur le dossier informatisé (ordinateur portable sur le chariot de distribution).

Le chariot de distribution est préparé par l'IDE de nuit tous les 2 jours et contient les piluliers individuels de traitement pour 48h et nuit.

Le déconditionnement des médicaments n'est réalisé qu'au moment de l'administration.

L'IDE trace l'administration en temps réel sur le support informatique.

Pour l'antibiothérapie , une alerte informatique signale la nécessité d'une réévaluation médicale.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en oeuvre un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus:
- audits périodiques (audits piluliers par IDE de nuit, audits des casiers hebdomadaires par la préparatrice, traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie),

- indicateurs IPAQSS (ICSHA2, ICATB2, TDP2), HN D3.1,

- FEI en particulier concernant l'erreur médicamenteuse,

- plaintes des usagers,

- auto évaluation annuelle (outil ANAP interdiag Médicament 04/2017),

- EPP (qualité de la PEC médicamenteuse chez la personne âgée, pertinence de la surveillance des patients sous AVK, prise en charge de la douleur chez la personne âgée de plus de 75 ans, évaluation de la prescription et de la consommation des Compléments Nutritionnels Oraux).

Le suivi est tracé dans le tableau de bord de suivi des indicateurs de la Prise en charge Médicamenteuse et le bilan annuel du COMEDIMS.

A / AGIR

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

L'établissement met en oeuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus en lien avec les résultats des évaluations.

Ces actions sont articulées avec le plan d'actions institutionnel et prennent en compte les avis et la participation des professionnels (K-PAQ).

Les résultats sont régulièrement diffusés auprès des professionnels par la "Lettre qualité", en réunion pluriprofessionnelle ,au COMEDIMS, en CME. Les compte rendus des instances sont consultables sur le

serveur "Instances" et font l'objet d'un affichage dans l'établissement.