



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE PHOCEANNE SUD

**17 avenue viton
13009 MARSEILLE 09
JUN 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	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	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

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 LA PHOCEANNE SUD	
Adresse	17 avenue viton 13009 MARSEILLE 09
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	130043896	GCS SMP SUD	17 rue viton 13009 MARSEILLE 09
Entité juridique	130044118	SAS CLINIQUE LA PHOCEANNE SUD	Site aphm sud 17 avenue viton 13009 MARSEILLE 09
Etablissement de santé	130008238	CLINIQUE LA PHOCEANNE SUD	17 avenue viton 13009 MARSEILLE 09

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	80

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC

Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC
---	----

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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	SSR	/			SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

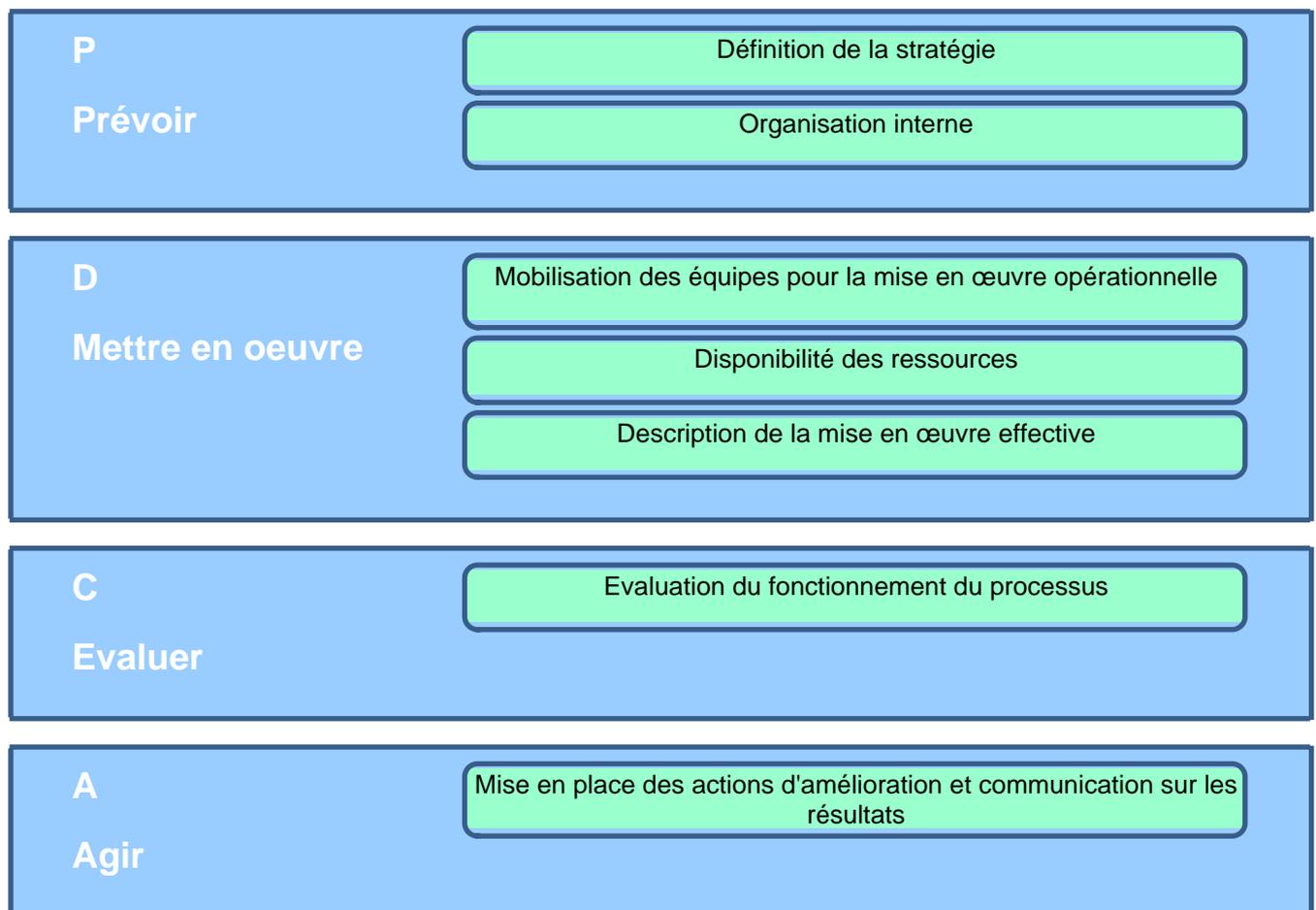
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de la clinique Phocéane Sud est décrite dans le projet d'établissement dans son volet "Qualité et Sécurité des Soins 2015/2019". Cette politique s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement portées par le management dont l'engagement est réaffirmé dans une charte qualité. Elle intègre la stratégie EPP formalisée, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

L'établissement mobilise une cartographie a priori des risques, les indicateurs nationaux et ses indicateurs propres, les plaintes et réclamations, la satisfaction des usagers pour définir sa politique et son programme d'actions. Ce travail d'identification des risques a été mené en CCOVIGERIS (comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques) qui fait aussi office de COPIL qualité. Le CCOVIGERIS est composé de l'ensemble du management administratif, soignant et médical (la Direction, les deux cadres soignants, les trois médecins, la pharmacienne, la responsable administrative et le responsable SI), soit l'ensemble des pilotes de processus, des vigilants et des présidents des différentes sous commissions de la CME.

Cependant, l'évaluation des risques ne couvre pas tous les secteurs. Le périmètre du GCS organisant les mutualisations et interfaces entre la clinique Phocéane et la clinique Saint Martin n'a pas bénéficié d'une analyse des risques structurée. Dans le restaurant du personnel commun aux deux établissements par exemple, alors que les personnels de la Phocéane mangent en tenue civile, les personnels de Saint Martin sont en tenue professionnelle, majorant pour les deux établissements le risque infectieux.

Par ailleurs, les professionnels de terrain n'ont pas été associés à l'identification et à l'analyse des risques réalisée en CCOVIGERIS. Néanmoins, les risques leur ont été présentés a posteriori. L'établissement envisage de les faire participer prochainement aux analyses d'EI dans le cadre des CREX, mais cela n'a pas été le cas jusqu'à présent. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, décline au regard des risques identifiés les actions d'amélioration retenues et identifie systématiquement au regard de chaque action les responsables et les échéances à respecter. Il s'articule avec le compte qualité qui reprend les actions prioritaires.

Ce programme est validé par la CME et présenté à la CDU (Commission Des Usagers). IL fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des professionnels via internet et à l'occasion des réunions thématiques.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de Management de la Qualité et de la Gestion des risques est assumé par un trio composé du Directeur, de la Présidente de la CME également gestionnaire de risques liés aux soins et de la responsable qualité. Le périmètre et les responsabilités du pilotage sont décrits dans un document support de la formation dispensée en interne aux pilotes. Ce document global pour tous les processus n'est pas contractuel. Le pilotage s'appuie sur le CCOVIGERIS qui fait aussi office de COPIL qualité.

La politique qualité gestion des risques déclinée dans le projet d'établissement décline l'organisation de la démarche et l'articulation au sein du CCOVIGERIS de la démarche EPP, de la gestion a posteriori des risques, de la coordination des vigilances. Les vigilants sont en place et la gestion de crise définie (plan blanc et ses annexes, plan de pandémie grippale et plan bleu). La CDU est en place, la gestion des plaintes et réclamations organisée ainsi que le recueil de la satisfaction des usagers à travers les questionnaires et enquêtes téléphoniques à dix jours.

Sur le plan des ressources humaines, l'établissement dispose d'une responsable qualité diplômée mutualisée avec l'établissement "mère", à hauteur de 0.4 ETP. Les besoins en formation ont été identifiés pour les pilotes et le gestionnaire des risques ainsi que les moyens de sensibilisation des agents du terrain. En ressources documentaires : un dispositif de gestion documentaire informatisée permet l'organisation et l'enregistrement des documents utiles qui doivent être portés à la connaissance des professionnels. Le logiciel de documentation permet les déclarations des EI. qui sont analysés en CCOVIGERIS.

En ressources matérielles : les locaux, matériels et équipement notamment informatiques.

Le dispositif de communication pour sensibiliser les professionnels est construit autour de l'encadrement soignant servant de relais, des pilotes de processus intervenant à chaque fois que nécessaire, de la publication sur la GED et le journal interne paru jusqu'en février dernier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés en continu sur les différentes thématiques et leurs objectifs déclinés dans le PAQSS par l'encadrement soignant et les pilotes de processus tous très mobilisés. Les comptes

rendus des différentes sous commissions sont accessibles via le logiciel de gestion documentaire en place ainsi que les analyses produites en CREX.

Les professionnels sont invités à participer à certains audits, et incités fortement à déclarer les événements indésirables.

Cependant, le dispositif de déclaration des EI n'est pas encore mature. Les événements indésirables sont sous déclarés par les professionnels. Malgré les incitations à la déclaration, le nombre d'EI reste modeste et en diminution constante depuis l'ouverture de l'établissement en 2014. La nature des événements à déclarer et l'importance de la déclaration ne sont pas intégrés par les professionnels rencontrés, privant l'établissement de données sources. Les dommages liés aux soins par exemple ne sont pas systématiquement déclarés bien que la procédure le prévoit, et il en est de même de la plus part des événements ayant trouvé une solution sur le terrain. Jusqu'à ce jour, les personnels d'exécution n'ont pas participé aux CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires existent tant en effectifs qu'en compétences. Les formations identifiées ont été réalisées. Les nouveaux professionnels bénéficient d'un accompagnement et d'une sensibilisation à la qualité dès leur arrivée.

La disponibilité des documents dans les services est effective via le dossier informatique partagé.

Les ressources matérielles (postes informatiques pour accès à La gestion documentaire, la gestion informatisée des EI, le DPI , ...) sont disponibles pour le suivi des actions de maîtrise des risques.

Il existe un registre des plaintes et réclamations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour le management de la qualité et de la gestion des risques sont en place et opérationnelles. Les comptes rendus en assurent la traçabilité. L'accompagnement méthodologique des pilotes par le RAQ est effectif. Les CREX sont réalisés et font l'objet d'un rendu institutionnel.

La satisfaction des usagers est recueillie avec une amélioration du taux de retour. L'enquête de satisfaction téléphonique à dix jours de la sortie est réalisée.

La CDU est en place et est sollicitées pour l'analyse des plaintes et réclamations ainsi que pour le suivi de la satisfaction.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus MQGDR est évalué en CCOVIGERIS sur la base d'indicateurs, d'audits réguliers, du suivi régulier de l'avancée du PAQSS et du programme d' EPP.

En revanche, le dispositif d'évaluation du processus MQGDR n'est pas complet. En effet, Les EPP et les plans d'action issus des CREX font l'objet d'un suivi individuel en CCOVIGERIS, mais la fonction de coordination de la gestion des risques liés aux soins et la politique EPP ne font pas l'objet d'une évaluation globale.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations donnent lieu à analyse en CCOVIGERIS et sont suivis de plans d'actions. Le PAQSS institutionnel est réévalué et la stratégie de l'établissement réorientée en fonction des résultats obtenus.

L'établissement rend compte de sa démarche devant la CME et la CDU.

Les résultats des indicateurs et des différentes évaluations sont diffusés auprès des professionnels et les indicateurs nationaux affichés.

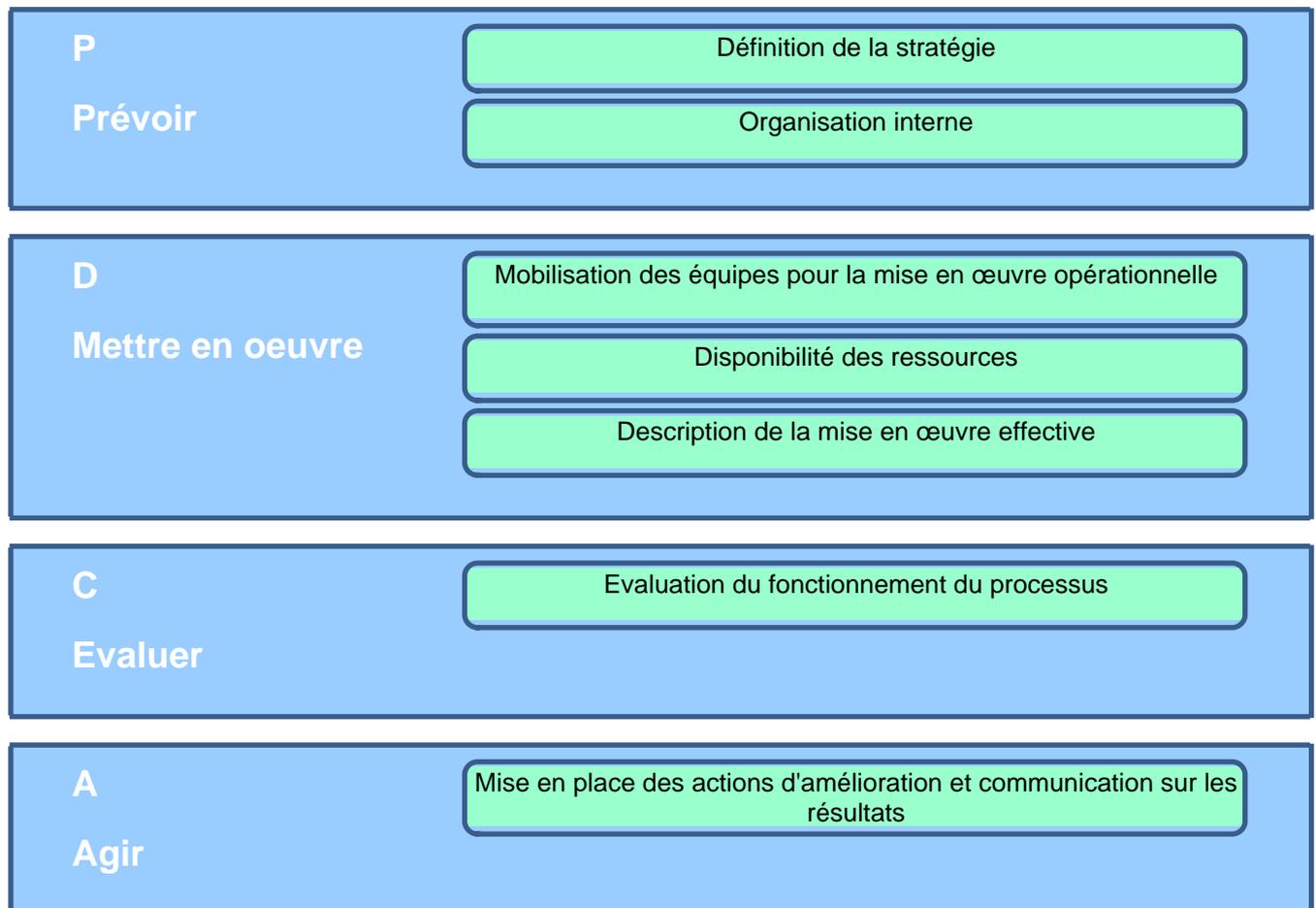
DROITS DES PATIENTS

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

Le Droit du patient est inscrit dans le projet d'établissement 2015-2019 qui intègre le projet médical, le projet de soins et le projet social. La reconnaissance et le respect de la personne, quel que soit son degré de déficience cognitive et de désorientation ainsi que le respect de l'intimité et de la dignité sont inscrits dans les valeurs de l'établissement.

Une politique droit des patients a été mise en place au sein de la clinique Phocéenne Sud le 19/04/2016, validée en CME le 22/05/2017 et en Commission des Usagers le 12/07/2017.

La cartographie des risques ainsi que leur hiérarchisation ont été organisées à partir de diverses données obtenues au travers des enquêtes de satisfaction des patients, des lettres de plainte, de l'analyse des événements indésirables, du tableau de bord des indicateurs, des patients traceurs, des IPAQSS et réalité du terrain. L'analyse des risques a été réalisée par l'intermédiaire d'une méthode d'analyse Risque / Gravité. Les actions prioritaires ont été définies et intégrées dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le processus Droits du Patient est piloté par 2 pilotes : un médecin qui est présidente de la CME et médiateur médical de l'établissement et une cadre de santé. Une formation a été réalisée afin de définir la dynamique processus et les missions des pilotes.

La CRUQPC a évolué vers la CDU, qui a été mise en place dans les délais réglementaires et son règlement intérieur est validé. La CRUQPC/CDU se réunit 3 fois par an et la 4ème réunion se déroule en tout début d'année suivant afin de faire le bilan de l'année écoulée. Les compte rendus sont tracés et disponibles dans la gestion documentaire de l'établissement.

La CDU comprend des représentants des usagers nommés et identifiés (affichage à destination des patients et de l'entourage).

Le livret d'accueil du patient, reprend les éléments d'informations sur le droit des patients (personne de confiance, consentement aux soins, directives anticipées, modalités d'accès au dossier, secret et confidentialité, expression des patients et existence de la CRUQPC/CDU).

Les besoins en formation du personnel sont identifiés et inscrits au plan de formation annuel.

La gestion des plaintes et réclamations est formalisée ainsi que le recueil de la satisfaction des patients. En cas de plainte deux médiateurs médicaux et un médiateur non médical peuvent recevoir les plaignants. La CDU est informée de toutes les plaintes et réclamations ainsi que les félicitations.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont sensibilisées à la thématique du droit du patient par l'intermédiaire des pilotes de ce processus qui sont médecin et cadre de santé. La bientraitance, les soins palliatifs, la personne de confiance sont des thématiques d'information et de formation au sein de la structure.

Les professionnels participent aux groupes EPP et sont incités à déclarer les événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Concernant l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, il existe des actions de formations sur le thème en direction des professionnels ainsi que la mise à disposition en ligne du document de l'HAS. Cependant, la procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins formalisée pendant la visite et remise aux experts visiteurs le dernier jour de visite suite aux remarques faites lors du parcours n'est pas diffusée et connue de tous les agents.

La conception récente de l'établissement ouvert 2014 prévoit l'accès aux personnes handicapées. Les locaux sont sous vidéosurveillance, la déclaration à la CLIL a été faite à l'ouverture de l'établissement en 2014.

Les services d'hospitalisation sont répartis sur 2 étages. Il existe des chambres à 2 lits sur les 2 secteurs d'hospitalisation. Dans les chambres à 2 lits la mise en place de rideaux d'intimité permet de respecter la pudeur et l'intimité notamment lors des soins. Les soignants sont sensibilisés à cette contrainte et œuvrent afin de limiter les ruptures de confidentialité. Par ailleurs, il existe de nombreux espaces et bureaux permettant des rencontres avec les patients et ou les familles en toute confidentialité.

Des solutions sont proposées au cas par cas aux familles (lits accompagnants, repas, accessibilité large au service) pour les patients en fin de vie. Des formations institutionnelles sont proposées sur les droits des patients.

Le matériel est adapté à l'accueil et la prise en charge des populations de patients accueillies dans l'établissement.

La gestion documentaire est informatisée ce qui la rend accessible à tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le livret d'accueil est remis au patient à son entrée dans le service. Les patients sont accueillis dès le bureau des entrées par les professionnels de santé du secteur d'hospitalisation. L'accueil dans le service d'hospitalisation est organisé afin que le patient et son entourage puissent rencontrer les professionnels. La rencontre avec la cadre de santé est planifiée. L'information et le consentement sont recueillis et tracés dans le dossier du patient.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées sont favorisés.

Les professionnels sont sensibilisés à la question de l'intimité et de la confidentialité.

La participation du patient (lorsque cela est possible) et de son entourage dans le projet personnalisé de soin est systématiquement recherchée.

Une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire réévalue les situations individuelles et les questions autour des droits des patients, notamment la douleur, la contention, la fin de vie.

Des EPP pluridisciplinaires sont mises en place sur les thématiques : bientraitance, contentions, prise en charge de la douleur ; patient en fin de vie.

Le patient et son entourage participent à l'organisation de sa sortie, aux choix des orientations et sont informés des coûts financiers. Une assistante sociale est présente dans l'établissement afin de les aider et les conseiller dans les démarches.

En revanche, la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas entièrement garantie. Lors de la visite, il a été noté l'existence dans le dossier papier des notes médicales écrites sur divers supports et notamment au dos de la feuille de facturation (feuille jaune) qui est destinée au service de comptabilité externalisé. De plus, il a été noté la présence d'un ordinateur mobile au milieu du couloir du service, la session était ouverte et accessible à tous. Après discussion avec les pilotes et la direction, cette pratique ne concernerait qu'un médecin vacataire, mais persisterait malgré des rappels aux bonnes pratiques.

La direction de l'établissement a donné une copie des courriers adressés aux professionnels concernés suite aux remarques faites par les experts visiteurs lors de la visite. L'établissement a également réactualisé les procédures internes suite aux remarques faites. De plus une copie de déclaration d'événements indésirables a également été remise aux experts visiteurs avant la fin de la visite de certification.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations régulières sont organisées sur le processus Droit du Patient notamment par la mise en place d'EPP : bientraitance, contentions. L'évaluation des satisfactions des patients et de leur entourage est organisée. Par ailleurs, la réévaluation de la satisfaction est organisée notamment par un appel téléphonique 10 jours après la sortie d'hospitalisation.

Des indicateurs externes et internes sont suivis par la RAQ en lien avec les pilotes notamment les indicateurs IPAQSS mais également le taux de contentions, nombres de plaintes et réclamations, nombre de courrier de félicitation, nombre de signalements de maltraitance, par exemple.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de ce processus. Les actions sont planifiées dans le PAQSS de l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée en interne auprès des instances notamment de la CDU et des professionnels notamment par les pilotes et co-pilote lors de réunions de service.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

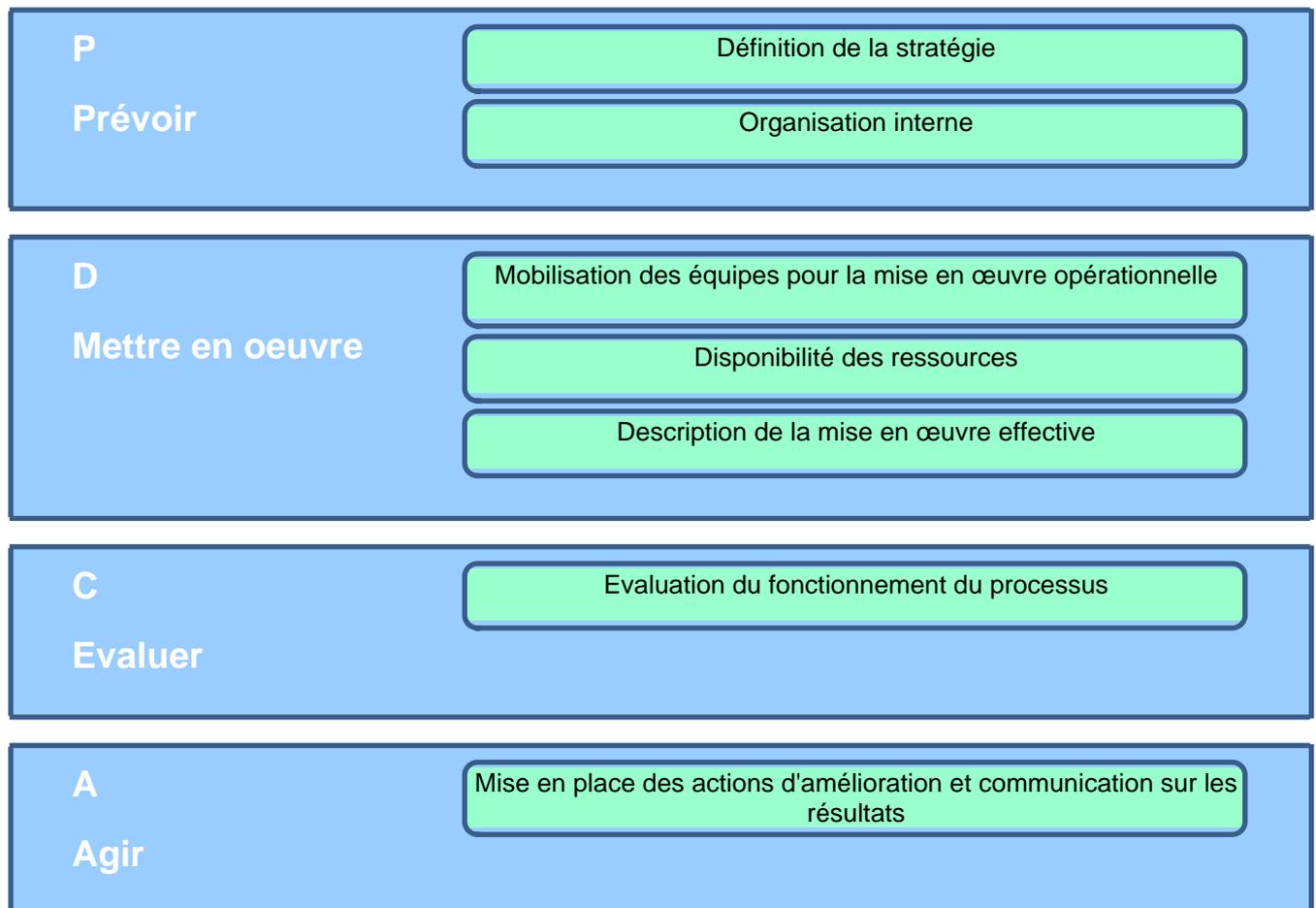
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La Politique Parcours Patient est inscrite dans le projet d'établissement 2015-2019 qui intègre le projet médical, le projet de soins et le projet social.

Ce projet est axé sur l'accueil et la prise en charge d'une population gériatrique dans le cadre des missions des structures SSR. Cette prise en charge inclue des relations avec les structures d'amont et les structures d'aval ainsi qu'avec les professionnels intervenant au domicile.

Ce projet intègre des interventions pluridisciplinaires durant le séjour du patient, la réalisation d'un Projet Personnalisé de Soins. Les actions de rééducation et réadaptation sont centrales dans la prise en charge des patients et l'accompagnement de l'entourage. La préparation du retour à domicile ou le transfert dans des structures adaptées suite au séjour sont organisées. Le projet d'établissement prévoit également la possibilité dans certaines situations de réaliser des accompagnements de fin de vie.

La cartographie des risques ainsi que leur hiérarchisation ont été organisées à partir de diverses données obtenues au travers des enquêtes de satisfaction des patients, des lettres de plainte, de l'analyse des événements indésirables, du tableau de bord des indicateurs, des patients traceurs, des IPAQSS et réalité du terrain. L'identification des risques a été réalisée par l'intermédiaire d'une méthode d'analyse Risque / Gravité. Les actions prioritaires ont été définies et intégrées dans le PACQ.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du Processus Parcours Patient est sous la responsabilité des 3 médecins de l'établissement et d'une cadre de santé. La mission des pilotes de l'établissement a été déclinée dans un document qui était par ailleurs un support de formation pour l'accompagnement au pilotage de ce Processus.

Des réunions de pilotage de ce processus sont organisées depuis juin 2017 afin de valider la Compte Qualité, définir la cartographie des risque à partir de la méthode AMDEC, d'élaborer la plan d'actions et les axes de formations en rapport avec ce processus.

L'équipe est pluridisciplinaire tant sur le secteur d'hospitalisation que sur les plateaux techniques de rééducation. Le programme de formation de l'établissement prend en compte les orientations stratégiques de l'établissement au regard des missions de l'établissement, de ses activités et des spécificités des populations accueillies. L'établissement a organisé sa gestion documentaire informatisée avec mise à disposition des professionnels des procédures validées et actualisées.

Il a identifié ses besoins en matériels et équipements en particulier pour les plateaux de rééducation mais également pour l'accueil des populations âgées. Des plans d'investissement pluri annuels sont en place. Les circuits et les interfaces entre les secteurs cliniques, les plateaux de rééducation, les secteurs médico techniques, les secteurs logistiques et le secteur administratif sont définis pour faciliter la concertation entre les professionnels. Compte tenu de la taille de l'établissement les instances regroupent tous les corps professionnels. Le dossier patient informatisé permet la coordination des professionnels et leur intervention auprès des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur d'activité (les 2 secteurs d'hospitalisation et le plateau technique de rééducations) a défini ses modalités et d'organisation de prise en charge.

L'information des professionnels se fait via les médecins, les cadre de santé ou par l'intervention de la responsable qualité. Les professionnels sont incités à déclarer les événements indésirables via un logiciel. Les professionnels sont directement informés des suites données notamment lors des réunions d'équipes quotidiennes et hebdomadaires. Le suivi des indicateurs, des résultats d'audit permettent à l'encadrement de s'assurer de l'application des protocoles et de leur appropriation par les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif et formation) sont adaptées aux besoins et aux risques de l'établissement. Des recrutements ont permis l'adéquation quantitative et qualitative des compétences : en nombre de professionnels dans les secteurs en journée et la nuit mais également le recrutement de compétences adaptées à la prise en charge des patients : assistante sociale, psychologue, orthophoniste...

Les professionnels bénéficient de formation au regard de la spécificité des prises en charge, des actes (gestion des urgences, gestion de l'agressivité...) et de nouvelles activité (soins palliatifs, gestions des stomies). Les protocoles et procédures validées et actualisées sont accessibles aux professionnels via le logiciel informatisé dont les modalités d'accès sont connues des professionnels rencontrés.

Les procédures et protocoles de prise en charge sont accessibles dans la gestion document informatisée

de l'établissement. Les ressources en matériel sont adaptées aux besoins des patients et des professionnels. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec 2 chariots d'urgences et un sac d'urgence sur le plateau technique de rééducation au RDC. Un plan de formation est défini afin de garantir la formation AGFSU à toutes les infirmiers et aides-soignantes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil des patients est organisé. La préparation à l'hospitalisation est réalisée en concertation entre les structures d'amont et l'établissement.

Une commission d'admission se réunit tous les jours matin et après midi afin de valider les admissions, de les planifier et de mettre en place un dispositif d'accueil personnalisé. Dans ce cadre, la secrétaire de planification contacte tous les patients la veille de leur arrivée pour faire le point sur les documents indispensables à leur accueil, mais aussi afin de répondre à toutes les questions qu'ils pourraient avoir concernant leur arrivée dans l'établissement.

Un point administratif est réalisé à l'accueil et les professionnels de santé viennent accueillir le patient après leur passage à l'accueil.

Les modalités d'accueil sont formalisées ainsi que les informations données au patient et ou à son entourage.

Le livret d'accueil est remis par un professionnels de santé à l'arrivée du patient dans le service. Des informations concernant son séjour et la mise à disposition des ressources institutionnelles et des compétences professionnelles lui sont précisées.

L'évaluation initiale est coordonnée et planifiée au plus près de l'entrée du patient dans le service : évaluation médicale et paraclinique selon des recueils de données standardisées. En fonction de cette évaluation initiale, des prescriptions et soins adaptées sont réalisées pouvant faire intervenir des kinésithérapeutes, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricienne, diététicienne, psychologue. Une évaluation de la situation sociale est réalisée par une assistante sociale.

Des prescriptions d'exams biologiques et radiologiques peuvent être réalisées en partenariat avec des structures externalisées.

Des avis cardiologiques, neurologiques, psychiatriques sont réalisés dans la structure.

L'ensemble des informations sont tracées dans le logiciel métier de l'établissement qui est utilisés par tous les professionnels de santé.

La réévaluation de l'état clinique du patient est planifiée et tracée.

Des réunions pluridisciplinaires sont organisées toutes les semaines et la situation de chaque patient est étudiée. La réflexion est tracée dans chaque dossier par la cadre du service.

Un projet Personnalisé de soins est élaboré en équipe pluridisciplinaire, discuté avec le patient et ou son entourage et intègre la notion de bénéfice/risque. Ce PPS est tracé dans le dossier de soin et accessible à tous les professionnels de santé.

La continuité de la prise en charge est effective de jour comme de nuit avec des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 : cette garde est conventionnée avec un centre hospitalier dont les internes et praticiens hospitaliers interviennent en cas de besoin au sein de la structure la nuit de 18h30 à 08h30 et le weekend du samedi après midi au lundi matin. Par ailleurs, une garde administrative est organisée avec les cadres de santé.

En cas de transfert, une synthèse du dossier informatique appelé Dossier de Liaison d'Urgence est imprimé afin d'accompagner le patient.

L'évaluation de l'état nutritionnel est réalisée par les professionnels des services en lien avec la diététicienne de l'établissement.

L'identification des risques psychologiques et de suicides est basée sur le repérage par les professionnels des services qui ont été formés par un psychiatre en 2017 et par le recours si besoin à la psychologue de l'établissement ou à une consultations de psychiatre dans l'établissement.

La sortie du patient est validée par le médecin, la cadre du service, l'assistante sociale de la structure, en concertation avec le patient et son entourage.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations régulières sont organisées sur le processus "Parcours du Patient" : troubles nutritionnels, courriers de sorties, conformité chariot d'urgences, etc.. ainsi que des EPP (dénutrition, douleur, ..). Des indicateurs externes et internes sont suivis par la RAQ en lien avec les pilotes notamment les indicateurs IPAQSS, taux de ré-hospitalisation...

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de ce processus. Les actions sont planifiées dans la PAQSS de l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée en interne auprès des instances et des professionnels notamment par les pilotes et co-pilote lors de réunions de service.

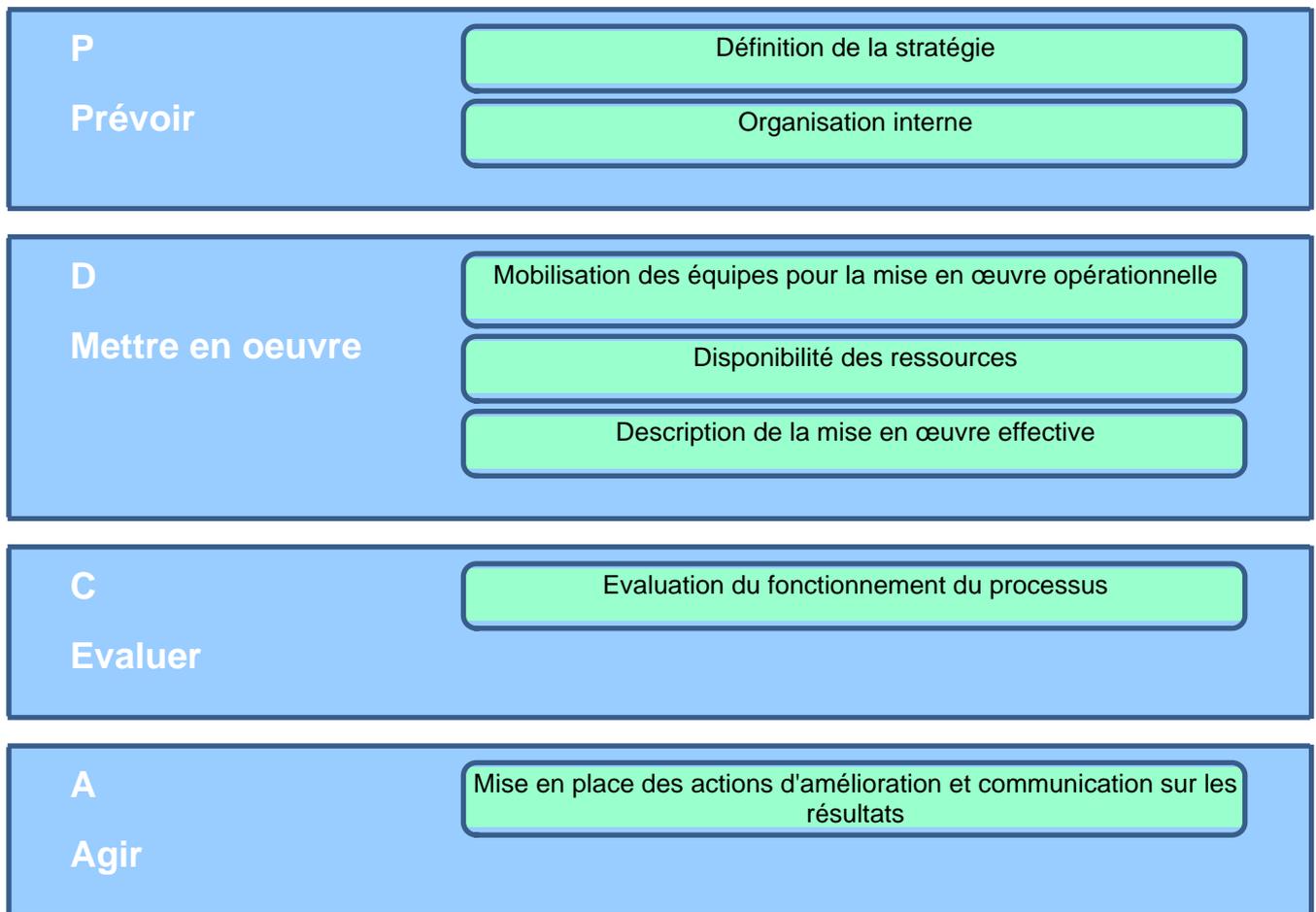
DOSSIER PATIENT

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 Processus Dossier Patient est inscrit dans le projet d'établissement 2015-2019 qui intègre le projet médical, le projet de soins et le projet social. Le système d'information par l'intermédiaire de son Dossier Patient Informatisé a été développé dès l'ouverture de l'établissement en 2014. Il est un des grands axes de ce projet d'établissement qui intégré également : l'organisation de la gestion documentaire - l'organisation de la protection de la confidentialité et sécurité des données patients et personnels - l'utilisation du système d'information et des données PMSI et la gestion des ressources humaines.

Une politique dossier patient a été mise en place au sein de la clinique Phocéenne Sud le 09/12/2016, validée en CME le 22/05/2017.

La cartographie des risques ainsi que leur hiérarchisation ont été organisées à partir de diverses données obtenues au travers des enquêtes de satisfaction des patients, des lettres de plainte, de l'analyse des événements indésirables, du tableau de bord des indicateurs, des patients traceurs, des IPAQSS et réalité du terrain. L'analyse des risques a été réalisée par l'intermédiaire d'une méthode d'analyse Risque / Gravité. Les actions prioritaires ont été définies et intégrées dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est co-piloté par la présidente de la CME et une cadre de santé. Le responsable du SI fait partie de l'organisation du pilotage de ce Processus.

Dès l'ouverture de l'établissement en 2014, le choix de l'informatisation du dossier patient a été fait.

Actuellement le dossier patient est en grande partie informatisé. Il persiste une version papier pour chaque patient dans lequel on retrouve une copie des courriers médicaux de transfert, une copie de la carte d'identité du patient, des étiquettes, les originaux des biologies, la feuilles de facturation, les ECG et divers documents médicaux nécessitant la signature du patient comme le document de recueil de la personne de confiance.

Une politique de scannérisation de tous les documents papier à la fin du séjour du patient a été instituée.

L'archivage du dossier patient est organisé par les secrétaires médicales dans les locaux de l'établissement.

Une organisation a été mise en place pour garantir le respect du droit d'accès du patient à son dossier. Les modalités pratiques et le rôle des professionnels concernés sont formalisés dans une procédure. Les usagers sont informés de ce droit par le livret d'accueil.

L'ensemble du personnel a été formé. Tout nouvel arrivant est formé à l'utilisation de cet outil. Des formations de mise à jour sont planifiées tous les ans.

Les interfaces sont organisées entre le secteur administratif, les secteurs de soins, le secteur de facturation et l'archivage.

L'accès aux archives est limité aux personnes habilitées par la direction. La traçabilité de l'emprunt est basé sur un déclaratif de l'emprunt auprès d'une secrétaire médicale qui enregistre l'information sur un outil informatique qui peut être consulté sur le serveur informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels utilisent le dossier patient qu'il soit informatisé et/ou papier notamment en traçant leurs actions. Différentes actions de sensibilité ont été organisées dans tout l'établissement. C'est un outil de communication et de planification utilisé par les professionnels. L'outil étant évolutif, il existe des concertations interprofessionnelles pour l'adapter aux besoins du terrain.

Les professionnels sont incités à déclarer les événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les professionnels sont formés à l'utilisation du dossier informatisé et du dossier papier. La disponibilité des compétences est assurée. Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du logiciel dossier patient par l'équipe fonctionnelle et les référents des unités. Des formations d'actualisation des connaissances et des mises à jour du dossier informatisé sont planifiées.

Les procédures relatives au dossier patient sont rédigées; elles sont regroupées dans le guide d'utilisation du dossier patient qui intègre le dossier informatisé et le dossier papier, accessible sur la base gestion documentaire informatisée.

Les unités de soins sont équipées de matériels informatiques adaptés. Un mode dégradé est opérationnel en cas de panne.

Les dossiers papier sont localisés dans les infirmeries et les locaux des secrétaires médicales dont l'accès est limité.

L'information du patient et de son entourage sur l'accès à son dossier est formalisée dans le livret d'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'utilisation du dossier informatique est effective néanmoins le dossier papier reste utilisé, imposant des redondances d'information avec des retranscriptions du support papier en direction du support informatisé (personne de confiance, notes médicales prises lors des évaluations médicales initiales et pendant le séjour du patient). Cette pratique a été observée dans les 2 secteurs d'hospitalisation et par les 3 médecins de l'établissement.

Le dossier du patient est contrôlé par une secrétaire avant son archivage. Les documents papier sont scannés. Le dossier papier est archivé dans l'établissement. Les dossiers sont archivés dans une salle dédiée fermée. En revanche, l'accès n'est pas tracé. La porte s'ouvrant avec le passe-partout de l'établissement. Le recueil de l'emprunt d'un dossier est réalisé dans un second temps sur un système déclaratif de l'emprunteur auprès d'une secrétaire médicale qui trace l'emprunt. Cette secrétaire n'a pas accès aux archives n'ayant pas le pass de l'établissement. Suite aux remarques des experts visiteurs, la direction a modifié la procédure d'accès et d'emprunts afin de tracer l'identité et les horaires d'accès aux archives (lecteur de badge local archive - bon pour accord donné aux experts visiteurs).

Le délai d'accès du patient à son dossier est suivi par la RAQ et respecté. La gestion documentaire informatisée permet aux professionnels de l'établissement d'avoir accès aux protocoles, procédures et modes opératoires de ce processus.

La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge est effective : l'évaluation initiale, le projet personnalisé de soins, les réévaluations médicales, les interventions des professionnels de santé de l'établissement. Les bilans radiologiques et biologiques réalisés en externes sont intégrés dans le dossier patient. L'informatisation facilite la communication des données du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge. Les interfaces entre les différents services de soins et de rééducation sont opérationnelles.

En revanche, cette traçabilité n'est pas toujours exhaustive. Dans les 2 secteurs d'hospitalisation, le recueil de la personne de confiance est réalisé sur un support papier. Il y a une retranscription dans le dossier informatique sous la rubrique "entourage". Par contre, il n'est pas spécifié si le nom retranscrit correspond à la personne de confiance ou la personne à prévenir. De fait lors de l'édition du Document de Liaison d'Urgences, cette information n'est pas transmise dans le cadre d'un transfert en urgences inter-établissement. Ceci a été constaté sur les 2 secteurs d'hospitalisation dans la totalité des dossiers consultés par les experts visiteurs.

Par ailleurs, l'identité du patient sur les différents supports papiers n'est pas systématiquement complète : l'étiquette d'identification administrative du dossier patient n'indique pas le nom de jeune fille, le courrier médical de sortie n'indique ni le nom de jeune fille ni la date de naissance. On a noté également l'absence d'identification du patient sur toutes les pages du courrier de sortie. Les ECG n'ont pas systématiquement l'identité complète du patient (le plus souvent le nom ou le nom et prénom).

De plus, malgré des rappels réguliers de bonnes pratiques de traçabilité de la direction, la traçabilité de l'identité de l'interne de médecine de garde n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier du patient. L'interne de médecine intervient dans le cadre d'une convention avec un établissement qui assure les interventions d'urgence la nuit et le weekend dans l'établissement.

A noter que l'établissement a mis en place des mesures correctives immédiates lors de la visite de certification sur ces points. En effet, la direction nous a fait parvenir tous les jours une actualisation du guide du dossier patient informatisé soit 1 actualisation chaque jour de visite. Ces actualisations tenaient compte des remarques de la veille des experts visiteurs. Ces guides ont été mis dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Par ailleurs, des FEI ont été rédigées suite aux remarques des experts visiteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations régulières sont organisées sur le processus Dossier du Patient notamment un audit hebdomadaire du dossier par les cadres de santé des 2 secteurs d'hospitalisation, des audits (traçabilité médecin traitant en janvier 2017, audit sur le courrier par le médecin pour les patients décédés en novembre 2015, mars 2016 et septembre 2016), EPP sur ce processus (qualité de la tenue du dossier patient débuté en 2016) et des patients traceurs.

Des indicateurs externes et internes sont suivis par la RAQ en lien avec les pilotes notamment les indicateurs IPAQSS, nombre de demandes de dossiers, délais d'envoi des courriers de sortie.

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de ce processus en lien avec le Processus d'Identitovigilance et le responsable du SI. Les actions sont planifiées dans le PAQSS de l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée en interne auprès des instances et des professionnels notamment par les pilotes et co-pilote lors de réunions de service.

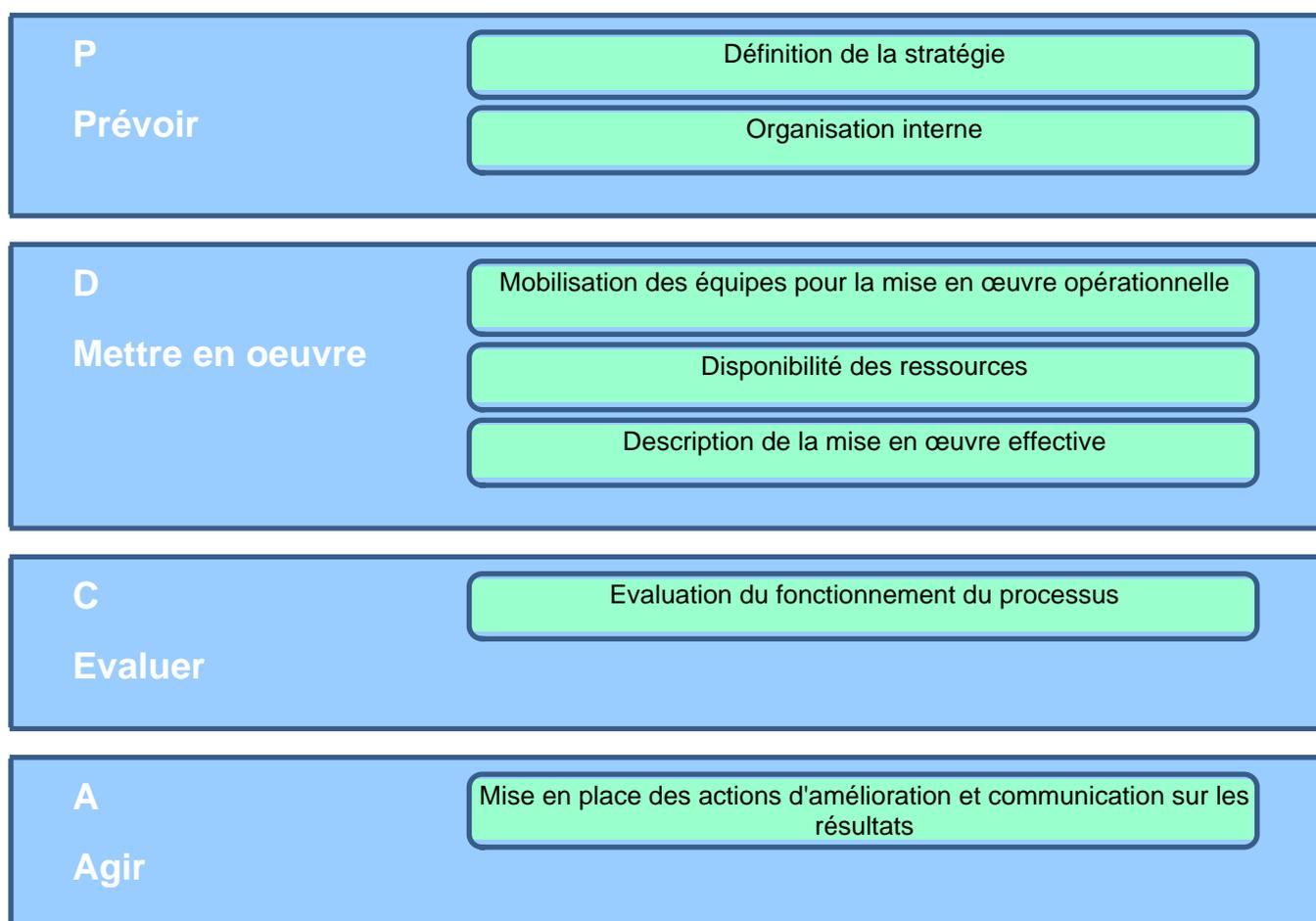
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La prise en charge médicamenteuse de la Clinique de la Phocéanne SUD s'appuie sur une PUI appartenant à un GCS associant l'établissement à la clinique voisine. Une politique de Management de la Prise en Charge Médicamenteuse prenant en compte les attendus de l'arrêté du 6 avril 2011 et couvrant la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé a été définie. Elle est déclinée à travers le MAQ.

L'analyse a priori et a posteriori des risques à partir des données propres de l'établissement a été validée par le COMEDIMS qui l'a déclinée dans un plan d'action hiérarchisé et intégré au PAQSS institutionnel. Les trois médecins gériatres et deux infirmiers référents ont participé à cette démarche au sein du COMEDIMS.

Cette stratégie de la prise en charge médicamenteuse a été validée en CME et diffusée en interne.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est confié à la pharmacienne responsable de la PUI qui assume également les responsabilités de RSMQ. Le pilotage du processus s'appuie sur le COMEDIMS.

Au regard des attendus et des objectifs qu'il s'est fixé, l'établissement organise la réponse à ses besoins.

Sur le plan des ressources humaines, la pharmacie dispose pour répondre à ses missions de 1 ETP de préparatrice dévolu à la PHOCEANNE SUD et de 1 ETP de pharmacien partagé avec la clinique Saint MARTIN partenaire au sein du GCS. Les nouveaux professionnels à l'exception des intérimaires sont systématiquement informés sur la prise en charge médicamenteuse et sensibilisés à la prévention de l'erreur médicamenteuse par la pharmacienne. Le plan de formation fait état d'un axe sur ce point.

Sur le plan des ressources matérielles, la clinique datant de 2014 dispose de matériels neufs, adaptés aux normes en vigueur et quantitativement suffisants. Les locaux de la PUI sont adaptés au stockage dans de bonnes conditions des médicaments. Les équipements requis pour assurer le maintien de la chaîne du froid et le transport sécurisé sont à disposition. Les unités sont équipées d'armoires à pharmacie et de chariots de distribution permettant de respecter les bonnes pratiques ainsi que d'un parc informatique adapté quantitativement et qualitativement.

Sur le plan documentaire, tous les documents nécessaires à la structuration et à la sécurisation du processus ont été élaborés et disponibles sur le logiciel de GED. Des supports papiers destinés à l'information du patient sont distribués par la pharmacie.

Les modalités de réalisation des différentes étapes du processus sont définies (prescription, administration, approvisionnement, stockage). Les outils nécessaires sont mis à disposition des professionnels: livret thérapeutique, bases thérapeutiques, guide du bon usage des antibiotiques, guide de prescription chez le sujet âgé, liste de médicaments à risque et à marge thérapeutique étroite, liste de médicaments broyables, protocoles d'administration, fiche de reconstitution, protocoles thérapeutiques, etc...

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète.

La dispensation médicamenteuse est nominative, et l'analyse pharmaceutique est organisée.

La permanence pharmaceutique est assurée grâce à une convention avec l'hôpital Sainte Marguerite de l'APHM et l'accès à la PUI exclusivement réservé aux personnes habilitées.

La déclaration des erreurs médicamenteuses et leur analyse sont organisées.

Le réapprovisionnement et le contrôle des armoires à pharmacie des deux unités par la préparatrice facilitent une interface cohérente.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle est déclinée dans les unités. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement par les cadres et la Pharmacienne. Ils sont informés de l'avancement de la démarche à la faveur des réunions de synthèse hebdomadaires ou via le système de Gestion Documentaire Electronique. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et l'importance de la déclaration des EI.

Cependant, ce dispositif n'est pas mature, le nombre de déclarations d'EI concernant le médicament reste très faible malgré les incitations, tant de la part des services cliniques que de la PUI. Quatre EI ont été déclarés en 2015 et 2016, et 2 depuis le début de l'année.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources identifiées comme nécessaires au processus sont à disposition. Les effectifs quantitativement et qualitativement permettent à l'établissement de remplir sa mission.

Divers actions de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses ont été menées, notamment auprès des nouveaux agents.

La documentation opérationnelle actualisée est accessible des professionnels sur la GED et le logiciel de prescriptions met à disposition les outils nécessaires à la sécurisation du processus.

Les divers matériels sont neufs et totalement adaptés aux besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations définies à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse. Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète (prescription, dispensation, administration), déployée sur l'ensemble de l'ES et structurante.

L'analyse pharmaceutique est effective, et la réévaluation des antibiothérapies probabilistes réalisées dans la majorité des cas.

La traçabilité de toutes les étapes est exhaustive comme cela a pu être confirmé par le patient traceur. Les patients à risques justifiant d'un accompagnement jusqu'au contrôle de la prise effective du médicament par les IDE sont identifiés.

Pour chaque changement de prescription le justifiant, la pharmacienne délivre un support d'information que les soignants remettent au patient.

Les traitements personnels séquestrés à l'entrée sont rendus en totalité à la sortie.

Le COMEDIMS est réuni trois fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La mise en œuvre du processus fait l'objet d'un suivi régulier sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. De nombreux audits sont réalisés, notamment un contrôle hebdomadaire des armoires à pharmacie, et des contrôles aléatoires de la dispensation. Deux EPP sont suivies en routine sur la juste prescription chez le sujet âgé, et le bon usage des antibiotiques.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux nombreuses évaluations. Un bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé à chaque COMEDIMS, présenté en CME et diffusé aux professionnels. Le plan d'actions réajusté intègre le PAQSS institutionnel.