



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE SSR LA PINEDE**

23 chemin du roussillon - 82370 - Saint Nauphary

JANVIER 2015

MAJ - 03/2015

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suvi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	17
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	22
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	24
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	30

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CLINIQUE SSR LA PINEDE

**Adresse :** 23 chemin du roussillon  
82370 Saint Nauphary TARN-ET-GARONNE

**Statut :** -

**Type d'établissement :**

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	100	10	0

Nombre de sites.:	- 1 site
Activités principales.:	- Soins de suite et de réadaptation en Hospitalisation complète et en hospitalisation de journée
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de soins de suite et de réadaptation
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Conventions de partenariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C.H de Montauban (partenariat, phoniatre, neurochirurgie),</li> <li>- Hôpital Larrey (ORL, chirurgie cervico-faciale),</li> <li>- Hôpital local de Négrepelisse,</li> <li>- Fondation Bon Sauveur d'Alby (patients laryngectomisés),</li> <li>- Clinique de l'Union (neurochirurgie)</li> <li>- Clinique Croix Saint Michel</li> <li>- Clinique Honoré Cave (sécurité transfusionnelle et stérilisation),</li> <li>- Dr Barousse, psychiatre (risque suicidaire)</li> <li>- Adapei 82 (handicap),</li> <li>- CRAM Midi-Pyrénées (retour domicile patients âgés).</li> </ul> <p>Conventions de collaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selarl KINEDE, Saint Nauphary (kinésithérapie),</li> <li>- Laboratoire BIOFUSION, Montauban (analyses médicales)</li> <li>- SEL IMAGERIE DES TROIS RIVIERES, Montauban (imagerie médicale).</li> </ul> <p>Convention dans le cadre de réseaux de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ligue contre le cancer,</li> </ul>
--	--

## Réorganisation de l'offre de soins

- Réseau Palliadol 82(douleur et soins palliatifs),
  - Oncomid (oncologie),
  - Homeperf (matériel médical pour retour à domicile),
  - Almvso (laryngectomisés),
  - ANPAA 82 (addictologie),
  - Culture et bibliothèque pour tous,
  - Blouses Roses (accueil des patients).
- Conventions avec les EHPAD :
- Florales (Montauban),
  - Les Chênes Verts (Villebrunier),
  - L'Ange Gardien (Montauban),
  - Maison de retraite protestante (Montauban),
  - Résidence mutualiste Saint Orens (Montauban),
  - Jardins d'Emilie (Caussade).

Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/



## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

8.b (Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins) ;8.f (Gestion des évènements indésirables) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 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.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois des plans d'actions avec échéancier pour les recommandations non levées suite à cette nouvelle délibération.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS



**Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins**

**Critère 8.b**  
**Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

**Cotation**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.

Partiellement

Les missions de la responsable qualité de l'établissement comprennent la gestion générale des risques. Cependant, l'établissement n'a pas désigné de gestionnaire des risques associés aux soins. Il ne dispose pas d'un organigramme formalisé de la gestion des risques et n'a pas quantifié le temps dédié à cette fonction. Toutefois, l'établissement a installé ou va installer une cellule de gestion de risques sans en apporter les preuves. En effet, par le biais de la fiche de suivi, il signale qu'il a l'intention d'évaluer les conditions d'exercice de la cellule de gestion des risques et d'en évaluer les actions abouties en mai 2015.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.

En grande partie

La mobilisation des professionnels dans l'exercice de la gestion des risques associés aux soins est effective par l'intermédiaire de la CME et de ses sous-commissions (CLIN, comité d'éthique, CLUD, COMEDIMS et CLAN). La cartographie des risques ne recensant par certains risques associés aux soins (balnéothérapie, risque suicidaire, risques spécifiques au secteur de jour, risques liés aux

	En grande partie	phases d'administration du médicament) et la gestion des risques a posteriori n'étant pas centralisée, la mobilisation des compétences autour de ces risques non répertoriés n'est pas clairement assurée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Partiellement	Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées par l'intermédiaire de l'observation des événements indésirables déclarés sur les trois supports en place (fiches générales suivies par la responsable qualité, suivi des chutes par la cadre de santé, suivi des erreurs médicamenteuses par la pharmacienne) et par le suivi des actions préventives pour les risques recensés a priori dans la cartographie. En l'absence de centralisation du suivi des risques a posteriori, de certains risques majeurs associés aux soins dans la cartographie et d'autre dispositions d'évaluation en place, les conditions d'exercice de cette fonction ne sont que partiellement évaluées. L'établissement a prévu de mettre en place un dispositif d'évaluation de cette fonction via les conditions d'exercice et les actions abouties de la cellule de gestion des risques (fiche de suivi, échéancier mai 2015). Toutefois, l'établissement n'a pas apporté de preuves concernant l'installation et le fonctionnement de cette cellule (procès verbal d'installation, règlement intérieur, composition..).

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des évènements indésirables.

En grande partie

L'établissement a rédigé une procédure qui décrit les modalités de déclaration et de traitement des évènements indésirables. Il existait jusqu'en mai 2012, une fiche de déclaration papier. A partir de Janvier 2012, l'établissement s'est doté d'un logiciel de gestion documentaire informatisé. Ce système informatisé se substitue progressivement au système « papier ». Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables sont coordonnés. Néanmoins, dans son organisation actuelle, l'établissement n'a pas procédé à la désignation d'un gestionnaire des risques associés aux soins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

La formation des professionnels à l'utilisation de la fiche d'évènement indésirable est réalisée par la responsable qualité. Une explication est également donnée aux nouveaux professionnels. Une explication est également donnée aux nouveaux professionnels.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	La responsable qualité, qui analyse tous les risques a posteriori déclarés via la fiche générale de signalement, est formée aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes dans son cursus initial. Pour les autres événements indésirables dont les supports et l'analyse initiale sont différenciés (chutes et erreurs médicamenteuses), l'établissement a prévu de former l'ensemble des professionnels en charge de leur analyse aux processus de hiérarchisation et aux outils d'analyse des causes profondes (fiche de suivi, échéancier décembre 2014). A ce jour, 8 personnes ont bénéficié de cette formation en février 2014( fiche de présence et support de formation). Toutefois, l'analyse des causes profondes des chutes et erreurs médicamenteuses n'est pas encore réalisée avec les acteurs concernés, elle est programmée pour février 2015 (fiche de suivi). En effet, pour ces derniers événements, la responsable qualité intervient pour ceux qui sont remontés en réunion d'équipe mais n'intervient pas dans l'analyse initiale.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les EI nécessitant une analyse des causes profondes. Cette analyse est participative. Elle n'est toutefois pas coordonnée par un gestionnaire des risques.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre suite à l'analyse des événements indésirables mais celles-ci ne sont pas hiérarchisées. Les actions mises en place ne viennent pas toutes alimenter le programme d'amélioration de la qualité.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Les déclarations de chutes sont suivies régulièrement et analysées en tenant compte de la récurrence, avec la mise en place d'actions d'amélioration en concertation avec les médecins. Pour exemple, des modifications de traitement peuvent être apportées en cas d'observation de chutes répétées sur des courtes périodes pour un patient.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Concernant les erreurs médicamenteuses, l'observation du nombre d'occurrences par la pharmacienne permet de faire ressortir celles dont la fréquence est importante. Pour les autres déclarations, il n'existe pas de dispositif structuré qui permette de suivre les événements indésirables récurrents et donc de mettre en place un traitement spécifique.
	Partiellement	La responsable qualité ne suit l'efficacité des actions correctives que par le suivi annuel de l'occurrence des événements indésirables issus des fiches générales de signalement. Celles relatives aux chutes et aux médicaments sont suivies par la cadre de santé et par la pharmacienne. L'ensemble de ces suivis n'est pas consolidé, l'établissement a prévu un suivi régulier de l'ensemble des actions correctives à partir d'avril 2015 (fiche de suivi).

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 02/10/2012 au 05/10/2012	Certification avec recommandations	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	JUIN 2014	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
8.b (Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins)	Recommandation	Recommandation
8.f (Gestion des événements indésirables )	Recommandation	Recommandation

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification



Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Mobiliser toutes les compétences pour assurer la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.

Problématique:

Coordonner les actions de chaque membre de la cellule de gestion des risques associés aux soins.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

évaluer les conditions d'exercice de la cellule de coordination de la gestion des risques

état du nombre d'actions menées par cette cellule

## Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

Membres du Comité de Pilotage

Comité de Pilotage

Responsables de secteur

Echéancier de réalisation :

Actions en cours ; fin de réalisation 31/05/2015

Modalités d'évaluation :

Mise en place d'indicateurs + audit

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Modalités de suivi des résultats + diffusion au personnel

Validation institutionnelle:

Validation par le Comité de Pilotage

Planification des revues de projet:

Planification trimestrielle

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Optimisation de la gestion des événements indésirables.

Problématique:

Maîtrise des outils d'analyse des EI graves.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
formation des professionnels, réalisation analyse des causes profondes des EI graves par les acteurs formés.	Vérification des actions correctrices mises en place

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
RAQ	cellule qualité	IDE coordonnatrice, médecin coordonnateur

Echéancier de réalisation :

Actions en cours fin programmée 31/06/2015

Modalités d'évaluation :

mise en places d'indicateurs (auto-évaluation, nombre d'EI graves analysés, indicateur sur le nombre de personnels formés)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Modalités de suivi des résultats en réunion de Comité de Pilotage

Validation institutionnelle:

Validation en Comité de Pilotage

Planification des revues de projet:

Planification trimestrielle