



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CLINIQUE DU CHATEAU DE  
FLORANS**

Place louis auguste forbin  
13640 La Roque D'Antheron  
SEPTEMBRE 2016

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	17
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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 DU CHATEAU DE FLORANS	
Adresse	Place louis auguste forbin 13640 La Roque D'Antheron
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
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	130001100	CLINIQUE DU CHATEAU DE FLORANS	Place louis auguste forbin 13640 La Roque D'Antheron
Etablissement de santé	130782444	CLINIQUE DU CHATEAU DE FLORANS	Place louis auguste forbin 13640 La Roque D'Antheron

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	136

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	NC
---	----

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	CH du Pays d'Aix CH de Salon de Provence CH Saint Joseph CH de Martigues Polyclinique du Parc Rambot CH Marseille Nord Apport Santé (Réseau de santé) HAD Clara Schumann EHPAD Les Mélodies
Regroupement / Fusion	Transfert d'activité suite à l'apport partiel d'actif par la société Clinique du Château de Florans au profit de la Société Nouvelle du Château de Florans.
Arrêt et fermeture d'activité	NC

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



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

## **2. Avis prononcés sur les thématiques**

### **3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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	/	Post chirurgie traumatique	Programmée	Recours à la balnéothérapie	SSR
2	Personne âgée	/	Reprise d'autonomie	Programmée		SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

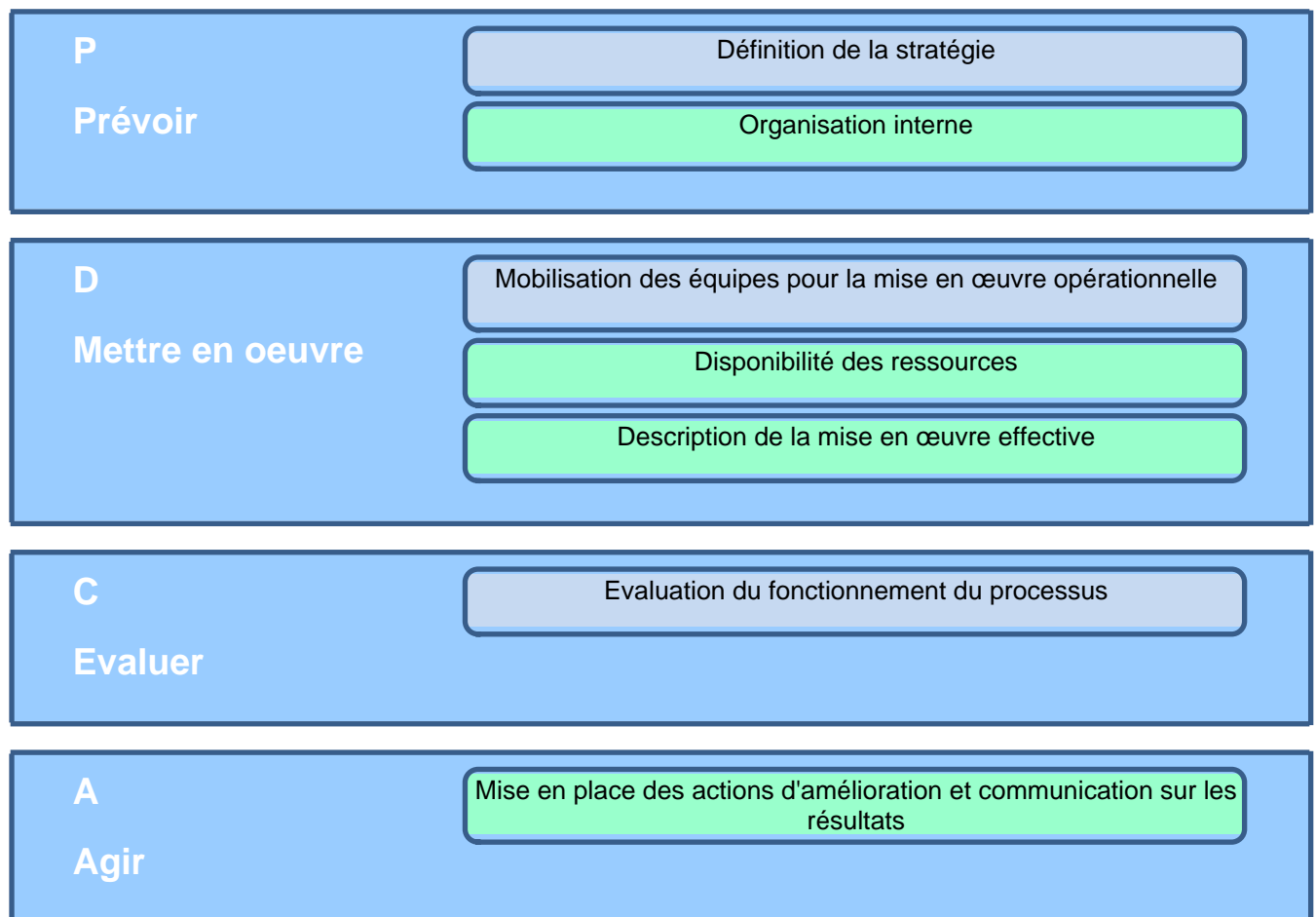
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique qualité 2012-2016, avec des objectifs annuels sur chaque thématique du manuel de certification V2014. Elle s'appuie au niveau de la clinique du Château de Florans sur une identification, une analyse et une hiérarchisation des risques a priori et a posteriori. Les risques identifiés dans le cadre du compte qualité sont issues des risques à forte criticité. La politique est déclinée dans le projet d'établissement. La politique EPP, est définie et intégrée dans la politique qualité. La politique qualité est validée par la CME et le COPIL qualité, sécurité et risques. Les professionnels sont informés au travers des réunions staff organisées dans chaque service et du journal "La vie de château". Cette politique est déclinée dans un PAQSS formalisé avec pilotes, actions, délais et modalités de suivi. Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte : l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les résultats de la V2010, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques de la V2014 et les EPP.

**ORGANISATION INTERNE**

La clinique du Château de Florans a établi une organisation structurée pour piloter le processus. Le directeur adjoint responsable qualité est le pilote du processus, une fiche de fonction précise ses missions. Le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques s'appuie sur le manuel d'assurance qualité. Il est assuré par le COPIL (membres du comité de direction dont le médecin chef, le responsable qualité, l'assistante de direction et la gestionnaire de risques associés aux soins). Sa composition et ses missions sont fixées dans un règlement intérieur. Elle se réunit une fois par semaine. La gouvernance est assurée par un comité de direction, il se réunit toutes les semaines, un compte rendu est rédigé systématiquement accompagné d'une feuille de présences des membres. Une infirmière a été nommée en 2012 par la CME, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins conformément au décret du 12 novembre 2010. Sa fiche de fonction précise ses missions et la coordination avec la direction de l'établissement. Des pilotes par processus sont identifiés, leur mission est définie. Des groupes de travail sont identifiés par processus, ils contribuent à la mise en œuvre de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins. Un manuel d'assurance qualité a été réactualisé en janvier 2015. Il précise les modalités du système qualité de la clinique et l'engagement de la direction. Les EPP sont suivies par le COPIL qui rend compte à la CME.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La politique qualité est déployée sur les différents secteurs d'activité de l'établissement : 6 services d'hospitalisation et un plateau technique. Elle repose sur le pilotage du directeur adjoint responsable qualité, l'assistante de direction et la gestionnaire des risques associés aux soins en lien avec la directrice des soins, le médecin chef et le directeur. Les synergies entre le responsable qualité, l'assistante de direction, le médecin chef (présidente de la CME), la surveillante adjointe et les professionnels des services existent. Le directeur adjoint responsable qualité, l'assistante de direction et la surveillante adjointe apportent les compétences méthodologiques nécessaire auprès des professionnels.

Au niveau de chaque service, les contrôles de conformité des pratiques aux dispositions prévues sont assurés par la responsable de service : respect des procédures, suivi des EI. Les professionnels des services sont force de proposition quant aux actions d'amélioration à conduire et participent aux groupes de travail des différents processus. L'implication des professionnels en matière de signalement est effective.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les documents utiles aux services sont produits pour les besoins spécifiques selon les règles de la gestion documentaire. L'établissement a mis en place une gestion documentaire informatique et classeur papier permettant la mise à disposition des professionnels des procédures et protocoles. Les professionnels ont été formés à l'utilisation de cette gestion documentaire par l'assistante de direction. Les membres du COPIL sont formés aux outils d'analyses. Ils assurent la formation des professionnels aux méthodes d'analyses. La disponibilité des membres du COPIL facilite le suivi des actions de maîtrise des risques.

Les ressources matérielles (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (signalement des événements indésirables, gestion documentaire, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations et traitement de première intention). Les démarches d'EPP sont opérationnelles et suivies par le COPIL. Le médecin chef (présidente de la CME) rend compte des travaux des EPP. Les supports de présentation des EPP sont accessibles par les professionnels sur la gestion documentaire. Le recueil des événements indésirables par les professionnels est réalisé sur support papier, puis recopié sur un logiciel par l'assistante de direction. L'assistante de direction présente les fiches de signalement lors du COPIL hebdomadaire. Le COPIL propose, si nécessaire, des analyses des causes profondes lors de la survenue d'un EIG ou récurrent.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Des indicateurs qualité existent et sont suivis : Tableaux de bord avec suivi d'indicateur activité, RH, EI, restauration, hygiène, circuit du médicament, ATB, satisfaction des usagers. La politique EPP est évaluée en CME et le suivi de l'état d'avancement est assuré par le médecin chef lors des COPIL. La présidente du CLIN et du CLUD a réalisé des audits auprès des services en lien avec les professionnels. Un comité de retour d'expérience a été mis en place en 2012. Une procédure précise les modalités d'analyses et de traitements des événements indésirables graves. Deux retours d'expérience ont été présentés aux professionnels en 2015. L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des analyses de questionnaires de sortie. L'évaluation du processus repose sur un dispositif englobant le suivi des actions identifiées au programme par le directeur adjoint responsable qualité en lien avec les pilotes identifiés. Un bilan annuel gestion/qualité des risques est réalisé. Il intègre le bilan des événements indésirables. Ce bilan est porté à la connaissance des professionnels lors des réunions de staff.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par le COPIL avec la participation des professionnels. Elles sont mises en place au niveau des services. Le suivi des actions d'amélioration est réalisé. Les professionnels des services peuvent consulter dans la gestion documentaire, ce suivi sur le plan d'actions qualité qui intègre la réalisation des actions. Le COPIL et la direction communique les résultats des actions lors des staff. Le plan d'actions qualité est réajusté au fur et à mesure compte tenu des résultats des évaluations. Il est accessible aux professionnels dans la GED.

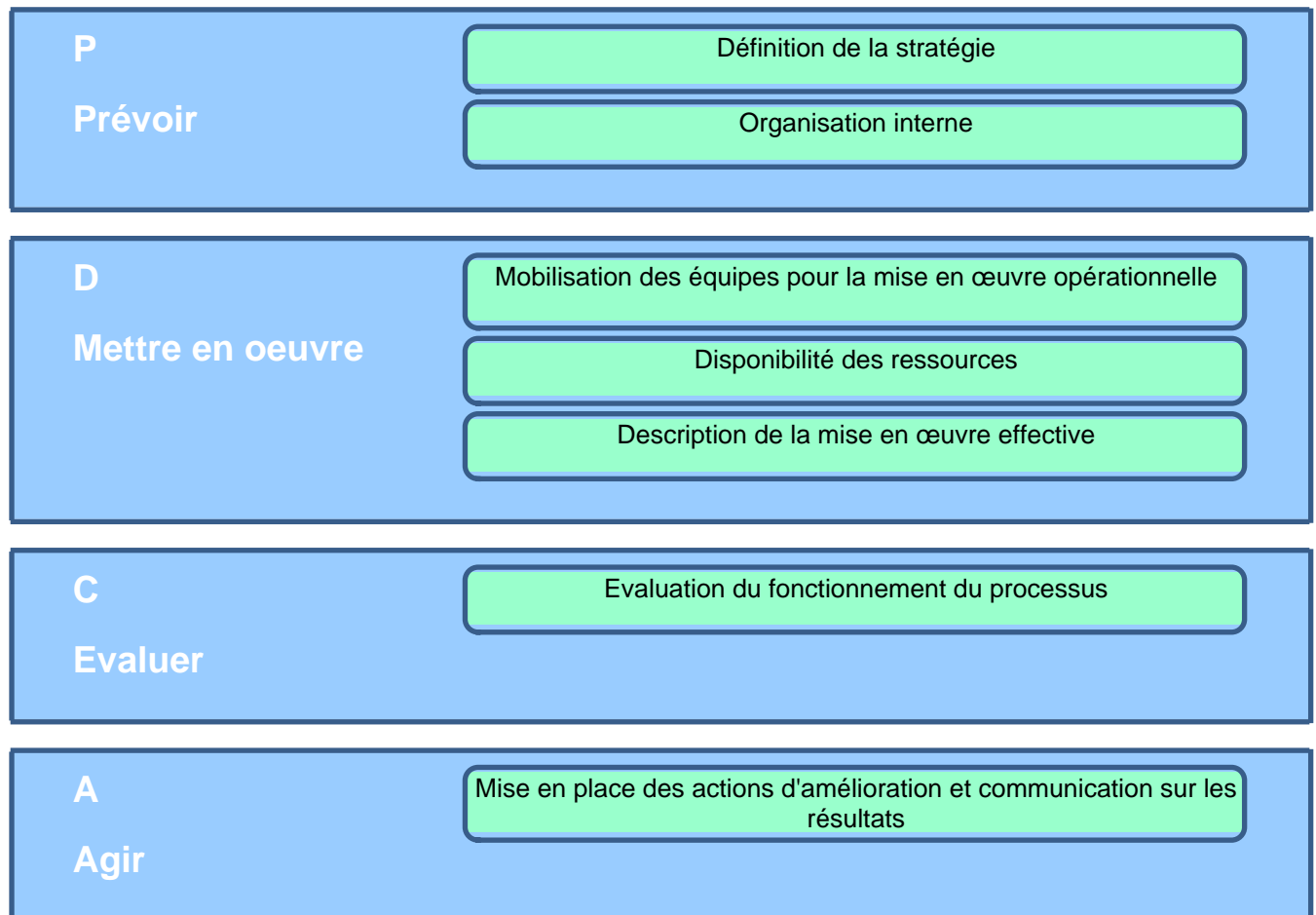
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe au sein de la Clinique du Château de Florens, une stratégie des droits des patients formalisée et inscrite dans la politique des droits des patients. La politique est déclinée dans le projet d'établissement. L'accent est mis en particulier sur la bienveillance et le respect des droits des patients relayé par le comité d'éthique. Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins à partir des réunions du groupe de travail de la thématique droits des patients et du bilan des événements indésirables. L'établissement a identifié dans le compte qualité, une analyse et des mesures de traitement des risques sur l'accessibilité des patients à mobilité réduite et le respect des droits du patients. Les objectifs et les actions d'amélioration sont formalisés dans le PAQSS.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié la surveillante adjointe comme pilote du processus droits des patients. Le directeur est président de la CRU et chargé des relations avec les usagers. Le médecin référent ATB est pilote la réunion du groupe pluriprofessionnel du comité d'éthique qui se réunit périodiquement un bilan annuel est réalisé. Les ressources humaines en charge du processus sont en adéquation avec le pilotage. Les besoins en formation pour les professionnels sur les droits du patient sont identifiés. Il existe des notices d'information destinées au patient (le recueil de la personne de confiance, la déclaration de directives anticipées, le contrat de soins, les consentements éclairés, le livret d'accueil, le règlement intérieur de fonctionnement) et des procédures sur les modalités de signalement en cas de maltraitance, de dommage lié aux soins et de traitement des plaintes et réclamations. Ces procédures et notices d'information, intégrées aux dispositifs de la gestion documentaire informatisée et aux classeurs protocoles, sont accessibles aux professionnels. Locaux et procédures visent le respect de l'intimité et de la confidentialité.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de la clinique organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'actions opérationnelles. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes au travers d'informations régulières facilitées par la taille de l'établissement. Le pilote de processus et le directeur adjoint responsable qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés lors de réunions de staff. Des actions de sensibilisation sont réalisées sur la bienveillance au travers de l'accompagnement du livret d'accueil du personnel. Ces actions de sensibilisation sont présentées en staff et dispensées par le pilote du processus droits des patients. Des actions de formation sur la bienveillance sont programmées en 2016 pour les membres de la CRU. Les responsables des services s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La gestion documentaire informatisée partagée est connue des professionnels.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour favoriser le respect des droits des patients. Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité du patient. Le droit à l'information et le consentement aux soins sont des données du dossier patient. L'information relative aux dommages associés aux soins est tracée dans le dossier patient. Les interfaces entre la CRU, le directeur, la présidente de CME, le pilote de processus Droits des patients et le directeur adjoint responsable qualité sont opérationnelles. Il a été constaté au cours de la visite l'effectivité de la mise en œuvre des droits des patients lors des pratiques quotidiennes des professionnels. La CRU s'est réunie 4 fois en 2015.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS



L'évaluation de la mise en œuvre du programme d'actions relative aux droits des patients est réalisée (analyse de questionnaires de satisfaction des patients, bilan FEI droits des patients). Les professionnels sont informés régulièrement lors des réunions de staff, des résultats des évaluations. La satisfaction des patients est évaluée à périodicité définie. Le rapport annuel de la CDU est réalisé.

## **A / AGIR**

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

Le suivi des actions d'amélioration est assuré par le pilote de processus et le directeur adjoint responsable qualité. Le comité de direction conduit à réexaminer les objectifs définis au regard des risques identifiés afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès de la CME du comité de direction et des professionnels et des usagers. La CRU est informée.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

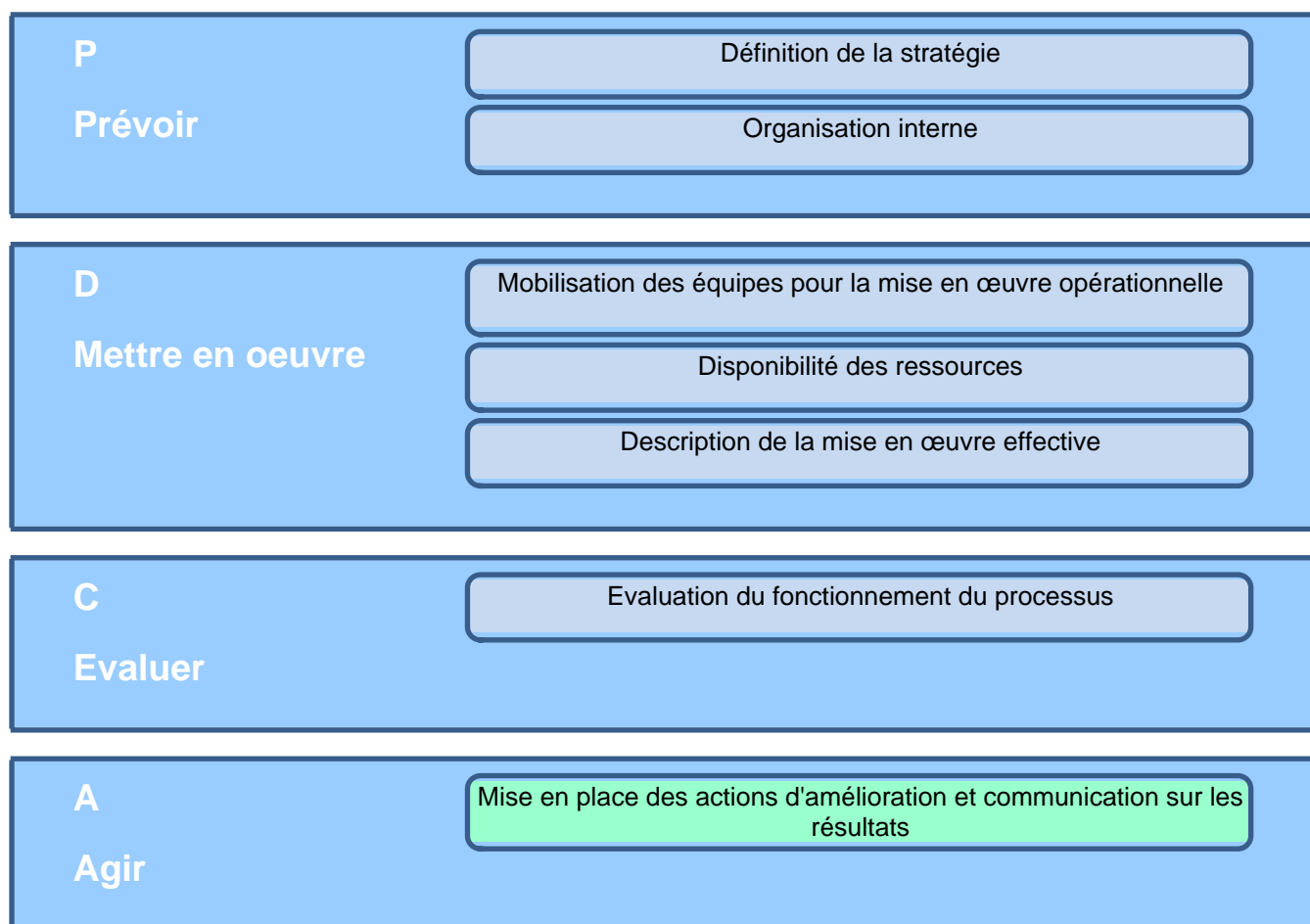
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Clinique du Château de Florans a défini sa stratégie du parcours patient dans le projet d'établissement (2012-2016) mis à jour en avril 2015. Projet dont le patient « détient la position centrale ». Elle est déclinée dans les différents projets dont le projet médical, le projet de soins comprenant la prise en charge de kinésithérapie, de la psychologue, de l'assistante sociale, de la diététicienne et les projets initiés dans le cadre du CPOM. Cette politique est inscrite dans le manuel d'assurance qualité qui précise schématiquement les différentes unités fonctionnelles gravitant autour du patient placé au centre et explicite le processus de prise en charge du patient. La stratégie repose sur la définition des missions du service de suite et de réadaptation polyvalent adulte (coordination des soins avec les établissements adresseurs, poursuite et suivi des soins et du traitement, mise en place d'un projet thérapeutique personnalisé, éducation du patient, préparation de la sortie et réinsertion sociale, familiale et professionnelle, assurance de la continuité des soins). Elle est élaborée sur la base d'une identification des besoins de la population et des cinq orientations stratégiques fixées en cohérence avec les objectifs du schéma régional sanitaire et de territoire et précisées dans le CPOM (2012-2016), ainsi qu'avec les différentes filières de soins et réseaux de santé. Des accords complémentaires sont passés avec les structures amont et aval dans le cadre de la participation de la clinique au réseau de prise en charge d'aval des urgences. La stratégie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement de risques adaptés aux données issues de la cartographie des risques et de leur analyse, des résultats IPAQSS et des différents audits réalisés. Elle est déclinée dans un programme institutionnel d'amélioration de la qualité et sécurité des soins formalisé, révisé annuellement. Pour chacun des axes du programme qualité le responsable est identifié, l'origine de l'action précisée, la priorité définie, l'échéance arrêtée, l'indicateur de suivi posé ainsi que le niveau d'avancement. La politique, définie en concertation avec les professionnels, a été présentée et validée par les différentes instances.

**ORGANISATION INTERNE**

La Clinique a défini une organisation interne pour piloter le processus Parcours patient. Elle repose sur le médecin pilote, la DSSI, la surveillante adjointe coordonnateur de la gestion des risques, l'assistante médicale chargée de l'hygiène et de la gestion de l'éducation thérapeutique. Les responsabilités sont identifiées, elles sont précisées dans les fiches de missions.

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer les besoins en ressources humaines en terme d'effectifs paramédicaux et médicaux (pool vacataire infirmier et aide-soignant ; un médecin assure le remplacement des trois médecins en poste ; interventions de différents médecins ou professionnels libéraux spécialistes), d'organisation (médicale, paramédicale, de rééducateur) et de compétences spécifiques (diplôme universitaire hygiène, douleur, formation à l'éducation thérapeutique). Un plan de formation est défini. Le centre de rééducation favorise les actions de formations continues et qualifiantes nécessaires à la prise en charge des patients.

Un plan d'investissement et de travaux est en place pour l'achat et la maintenance de matériel adapté et l'amélioration architecturale des secteurs. La surveillante adjointe a en charge l'investissement et la maintenance du matériel médical. Les demandes sont faites en collaboration avec les professionnels du terrain et la direction. Les locaux sont adaptés aux besoins des patients y compris présentant un handicap physique et à ceux des professionnels. Les chambres, les bureaux d'examen, les salles de soins et « d'urgence » ainsi que l'ensemble du plateau technique sont équipés de matériel fonctionnel et entretenu. Les chambres à deux lits sont équipées d'un rideau amovible pour préserver l'intimité.

La gestion documentaire est assurée par le directeur adjoint responsable qualité et du système d'information. Un dispositif structuré de gestion documentaire informatique est en place intégrant les procédures définies, formalisées et validées et actualisées, les copies papier sont sous la responsabilité de la DSSI, surveillante adjointe et surveillante administrative.

La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la concertation entre les professionnels, l'organisation des soins et les services médico-techniques (labo, plateau technique, pharmacie), ainsi qu'avec les différents intervenants (professionnels paramédicaux, médecins, psychologues, assistante sociale, diététicienne, rééducateurs, médecins libéraux...), y compris avec les secteurs administratifs (accueil, service qualité).

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le médecin pilote président de CME, la DSSI, et la surveillante adjointe et surveillante administrative ont en charge la déclinaison de la démarche institutionnelle, assistés par le directeur adjoint responsable qualité pour l'appui technique et réglementaire. Ils sensibilisent et sollicitent les professionnels sur les risques

identifiés lors des retours de l'analyse des événements indésirables, des résultats d'audits réalisés. Les professionnels ont été sollicités massivement sur notamment la prise en charge des patients au travers des réponses à apporter aux « éléments d'investigation obligatoires » définis dans le processus Parcours. Les médecins, la DSSI, la surveillante adjointe s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats d'audits.

Les professionnels sont sollicités régulièrement lors des staffs hebdomadaires, de la semaine de sécurité, de nombreuses réunions « staffs spécifiques » ont été menées. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constaté, de la valeur du résultat d'indicateurs, d'audits ou de fiches d'événements indésirables. Elles sont incluses dans le programme d'actions de chaque groupe de travail ou instances alimentant le PAQSS institutionnel. Les différents membres du Copil gèrent leur plan d'actions et font remonter leurs résultats d'avancement en Copil.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences et en effectifs sont disponibles dans les secteurs. Une organisation interne permet l'adéquation des ressources et notamment des compétences qualitatives et quantitatives pour assurer les besoins des prises en charge grâce à l'intervention de personnel qualifié (médecin gériatre, rééducateurs kinésithérapeutes, diététicienne, assistante sociale, psychologue, infirmiers, aides-soignants, médecins spécialistes,...). Tous les médecins maîtrisent la technique de l'urgence ainsi que le maître-nageur intervenant en balnéothérapie. Des praticiens sont titulaires d'un diplôme universitaire (douleur, gériatrie). Les soignants reçoivent une formation spécifique AGFSU à laquelle participent les médecins. Tout le personnel intervenant dans l'éducation thérapeutique a suivi une formation spécifique.

Un plan de formation est en place intégrant des niveaux d'expertise (des professionnels possèdent un diplôme universitaire dans différents domaines (douleur, hygiène, coordonnateur des risques) répondant ainsi aux exigences des prises en charge.

Les ressources matérielles en équipements (chambres, salles de soins, plateau technique) permettent une prise en charge respectant la dignité, l'intimité, la confidentialité, le handicap physique des patients tout en facilitant les conditions de travail. Dans les chambres à deux lits un rideau amovible est installé, une organisation est adaptée. La balnéothérapie est équipée de vestiaire fermé. Le sac et le matériel d'urgence sont opérationnels, adaptés, sécurisés et contrôlés, disponibles dans « la salle d'urgence », proche du secteur de balnéothérapie et de réadaptation. Le numéro de téléphone en cas d'urgence est affiché dans les différentes zones : salle de réadaptation, balnéothérapie, salles de soins. Le dossier patient est informatisé pour l'ensemble des étapes de la prise en charge. Tous les professionnels intervenant y ont un accès réglementé. Le matériel nécessaire à son utilisation est en place.

Les documents utiles à la prise en charge (procédures, protocoles) sont validés, actualisés et disponibles dans le logiciel informatique pour l'ensemble des professionnels. Les photocopies des documents qualité sont sous la responsabilité des différentes surveillantes. Tous les professionnels rencontrés connaissent leur existence et leur accès. Une organisation est en place pour les nouveaux arrivants et lors de la mise en service d'un nouveau protocole.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La mise en œuvre des organisations prévues est sous la responsabilité du médecin pilote, de la DSSI et de la surveillante adjointe. Les professionnels connaissent et appliquent les protocoles opérationnels établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La clinique n'a pas de mission d'accueil des urgences. Elle a néanmoins défini, dans un protocole, un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge des personnes pour une urgence médicale avant appel des pompiers ou du SAMU si nécessaire.

L'accueil d'un patient lors d'une entrée programmée est défini dans la procédure « circuit d'admission » qui prévoit le rôle des professionnels (personne d'accueil, secrétaire d'admission, différents soignants paramédicaux et médicaux) intervenant dans les différentes étapes du circuit patient lors de son arrivée et selon le moyen d'arrivée debout ou allongé. L'admission fait l'objet soit d'une pré-admission sur ROR ou demande individuelle, soit d'une admission directe venant du domicile ou d'un transfert d'un autre établissement. La commission de pré-admission à laquelle participe la surveillante adjointe et la secrétaire chargée des admissions se réunit une fois par semaine, ainsi que la commission d'admission, composée des médecins et la DSSI. Une commission de prolongation d'admission se réunit également une fois par semaine. La prise en charge du patient est établie en fonction de l'évaluation médicale initiale réalisée par le médecin référent dès son arrivée. Elle est tracée dans le dossier patient. Elle est réalisée après l'évaluation paramédicale et le recueil exhaustif des données prenant en compte l'ensemble des besoins du patient. Elle permet l'élaboration des diverses prescriptions médicales (médicamenteuses, examens de laboratoire, d'imagerie, de consultations spécialisées, des actes de kinésithérapie, de surveillance particulière) pour une prise en charge adaptée du patient.

Le projet thérapeutique médical et pluridisciplinaire est élaboré en concertation avec le patient prenant en compte le recueil de son consentement après information et en incluant la réflexion bénéfice/risque. Il est tracé dans le dossier patient. Un contrat de soin est écrit en double exemplaire signé par le patient, le médecin et l'infirmière. Un document est remis au patient, l'autre est conservé dans le dossier papier. Un document papier et informatique intégré dans le dossier informatisé recherchant le consentement du patient lors d'une prise en charge d'éducation thérapeutique (diabète ou cardiaque) est élaboré. L'observation médicale d'entrée et continue est tracée dans le dossier.

Le projet de soins personnalisé est formalisé dans le EBM (éléments bilan mesure) informatique « projet thérapeutique » précisant les objectifs du séjour, le programme personnalisé de réadaptation en fonction de sa pathologie, le suivi paramédical personnalisé. Les éléments du projet de soins sont inscrits directement dans le dossier patient informatisé ainsi que son autonomie à la prise de médicament (autogestion de la prise du médicament prescrite par le médecin étant réévaluée selon le cas). L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation est directement définie dans le projet thérapeutique. Les activités de réadaptation font l'objet d'un élément spécifique du DPI précisant notamment les différentes phases de soins et activités prescrites, le relevé et suivi des constantes. Cette articulation entre les différentes activités et les rendez-vous des patients est gérée au quotidien par le rééducateur et l'équipe soignante. Un planning personnalisé, remis au patient au début de séjour, est mis à jour si besoin. La continuité et la coordination de la prise en charge des patients sont assurées par une permanence des soins organisée au sein de la Clinique. La définition des règles de présence et le système d'astreinte médicale sont opérationnels. Les tableaux d'astreinte des médecins, d'astreintes administratives et le planning des professionnels sont affichés dans les unités. Des avis compétents de médecins spécialisés (psychiatre, chirurgien, neurologue, pneumologue, cardiologue,..), ou de professionnels ayant une activité spécifique : ostéopathe) ou des missions spécifiques (équipe mobile douleur, ou de soins palliatifs) sont recherchés en fonction des besoins. La mise en place de staff hebdomadaire avec tous les professionnels concernés permet la réévaluation du projet thérapeutique. La traçabilité dans le dossier des observations médicales et des différents intervenants facilite l'échange d'information et le suivi du patient. Les staffs font l'objet d'une traçabilité. Toutes les visites médicales sont réalisées en présence d'un infirmier. Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont organisées. Cette coordination est également effective pour les populations spécifiques, personnes âgées, patients porteurs de maladies chroniques (diabétiques), porteurs d'un handicap, en situation de précarité. Tous les patients admis bénéficient de la même qualité de prise en charge. Les patients à risque suicidaire sont identifiés dès l'entrée, en cas de besoin la psychologue intervient et des actions de protection sont mises en place avant consultation spécialisée et transfert si prescription médicale. Une procédure définit les signes annonciateurs, les étapes de cette prise en charge en fonction du niveau de risque. Des actions de formation interne ont été réalisées par la psychologue lors de la mise à jour du protocole et des actions de sensibilisation se font en fonction du cas lors des staffs ou de staff spécifique. La prise en charge des urgences vitales fait l'objet d'un protocole connu des professionnels, le numéro d'appel est affiché y compris en salle de rééducation et de balnéothérapie. Les formations aux gestes d'urgence AGFSU pour les services de soins y compris pour les médecins sont en place. Le sac et matériel d'urgence sont opérationnels, contrôlés très régulièrement. La surveillante adjointe, ayant une formation de base infirmière anesthésiste, est en charge de cette gestion rigoureuse : composition, contrôle, formation du personnel à son utilisation. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés dès l'entrée. Le dépistage des troubles nutritionnels est systématique dans les unités. La traçabilité du poids, taille, IMC et variation de poids est informatisée. Cet élément conditionne l'intervention de la diététicienne, qui rencontre tous les patients à leur arrivée. Elle élabore la fiche de gout et non gout ainsi que les menus adaptés pour le patient. Elle assure le suivi en collaboration avec les équipes. L'entourage peut participer aux ateliers cuisine réalisés par la diététicienne. L'admission d'un patient en diététique fait l'objet d'un protocole. La prise en charge de l'alimentation de la personne dénutrie est inscrite dans les protocoles : « prise en charge d'une personne en fin de vie », « d'un patient cancéreux », « admission d'un patient en diététique ». Le Clan/staff cuisine est une instance qui se réunit régulièrement.

La Clinique a une autorisation pour la mise en œuvre de deux programmes d'éducation thérapeutique sur le diabète et les maladies cardiovasculaires renouvelée en 2015 par l'ARS. Il fait l'objet d'une identification des besoins, d'une définition d'objectifs à atteindre. Il précise les activités, le plan d'actions, l'organisation, les modalités d'évaluation. La personne responsable de l'éducation thérapeutique est titulaire d'un certificat. Tous les intervenants ont reçus une formation spécifique validée. Des activités éducatives sont réalisées dans les deux programmes selon une organisation définie, affichée. Ces programmes font l'objet d'un bilan annuel transmis à l'ARS.

La sortie et le transfert sont organisés en associant les partenaires en amont et en aval, impliquant le patient et/ou son entourage, ils font l'objet d'une procédure spécifique permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins. La sortie est planifiée par le médecin dès l'admission d'hospitalisation. Dès la programmation de la sortie, une synthèse de sortie et une visite médicale de sortie est élaborée par le médecin précisant les éléments de l'organisation de la sortie. Le questionnaire de satisfaction lui est remis au patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique a mis en place un dispositif d'audits géré par les membres du Copil concernés par cette thématique. La Clinique assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la prise en charge des patients sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableau de bord, bilan d'activité,) à une fréquence trimestrielle. Une évaluation annuelle est réalisée pour la mise à jour du PAQ. Le bilan d'évaluation est transmis aux différentes instances Copil, CME, Commission de soins y compris la CRUQ. Le recueil des

indicateurs IPAQSS est effectué. Divers évaluations et audits sont mis en place dans le cadre des trois EPP en cours (staff, sac d'urgence, pertinence des prolongations de séjour). Un audit annuel des éléments du dossier concernant la prise en charge du patient est réalisé ainsi que l'évaluation de la pertinence des prolongations d'hospitalisation supérieure à 30 jours. Un audit par la diététicienne a concerné les plats mixés. L'évaluation des ré hospitalisations est suivie. La Clinique réalise le recueil des questionnaires de sortie ainsi que leur analyse. Les fiches d'événements indésirables sont recueillies et traitées au cours de réunion de Copil en concertation avec le personnel concerné (10 en 2015).

## **A / AGIR**

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

L'analyse des résultats des différents audits, donne lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration institutionnelle. Les résultats des audits et IPAQSS sont affichés dans les unités, relayés par les différents membres du Copil lors des réunions, staffs spécifiques, présents sur le serveur fichier (intranet). Des actions sont mises en place pour améliorer la prise en charge mais aussi faciliter les conditions de travail : sensibilisation des équipes concernant la traçabilité du poids, mise en place d'une prescription systématique de la surveillance du poids, réorganisation de la commission de pré admission, réorganisation de la gestion du sac et matériel d'urgence, protocole risque suicidaire, réorganisation des pré-admissions, suivi des visites de prospection auprès des structures en amont, atelier mis en place lors du changement d'échelle de l'évaluation douleur. Les résultats des actions d'amélioration sont communiqués en interne par voie d'affichage (compte rendu des réunions du Copil), en staff, lors des réunions, sur intranet et en externe via la CRUQ pour les indicateurs à diffusion nationale.

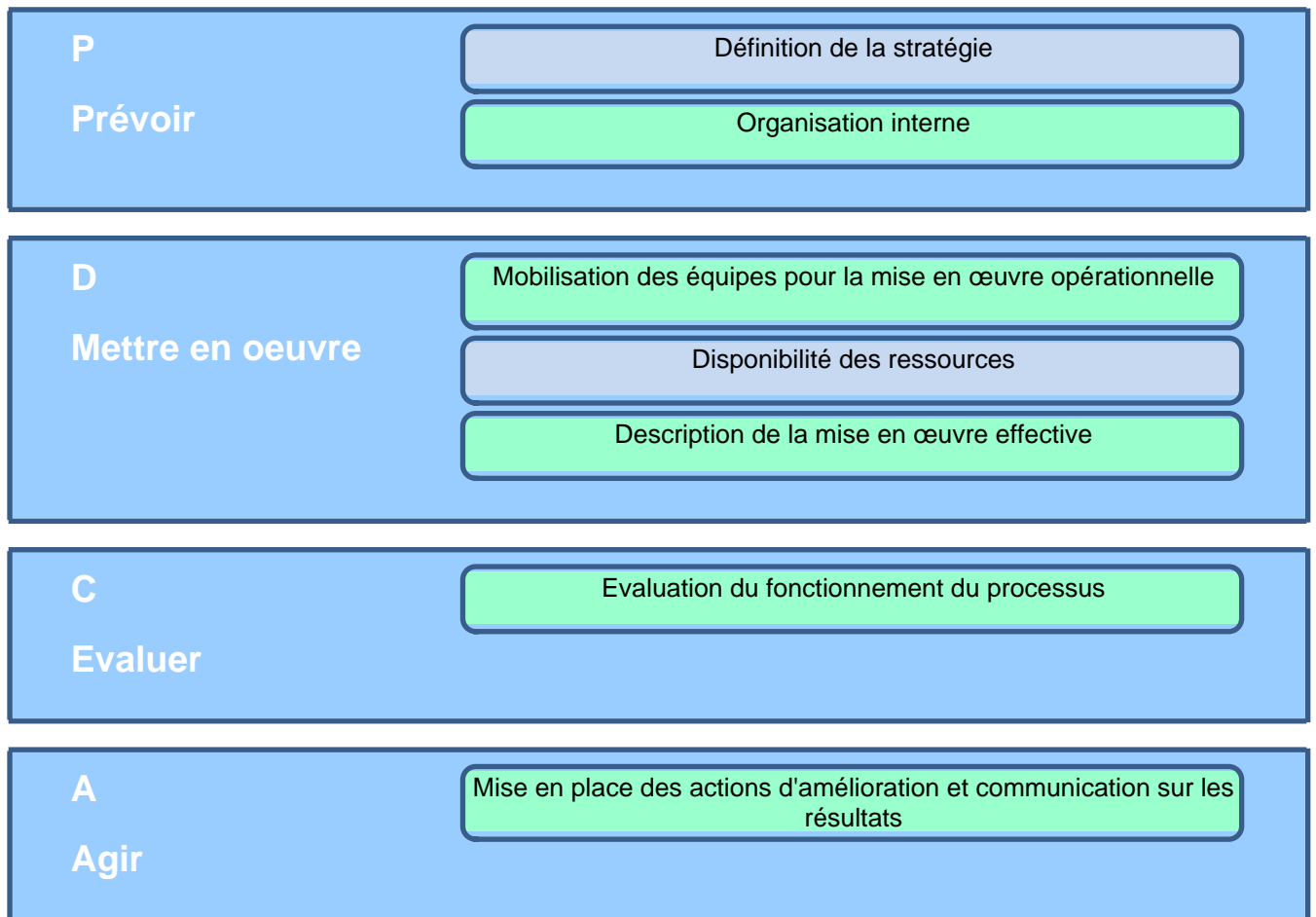
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La Clinique du Château de Florans a défini la stratégie concernant le dossier patient parallèlement avec le déploiement du premier dossier informatisé depuis 2007. Elle a été mise à jour en vue du changement du logiciel en 2015. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des risques a priori et a posteriori propres à l'établissement, de l'élaboration de la cartographie des risques, des besoins recensés au travers des résultats des évaluations, entraînant la définition d'objectifs d'amélioration et l'élaboration d'un plan d'actions, du recueil des indicateurs « Hôpital Numérique ». Cette stratégie est inscrite dans les orientations institutionnelles précisées dans le projet d'établissement (2012-2016) au travers du projet médical, du projet de soins, du projet du Système d'information. Elle est incluse dans le CPOM au travers des axes amélioration de la qualité des soins et dans le manuel d'assurance de la qualité en précisant les missions des différents services (soins, administratifs) et le processus de prise en charge du patient. Cette stratégie est définie dans la procédure « circuit du patient ». Cette stratégie et les axes d'amélioration ont été validés par les instances concernées Copil et CME. Ils sont déclinés dans le programme d'action formalisé 2016 qui définit les objectifs d'amélioration, le pilotage, le délai, les modalités de suivi, l'état d'avancement et les indicateurs de suivi, révisé annuellement. Les risques identifiés prioritaires alimentent le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le processus dossier patient. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels notamment celle du médecin chef de service DIM, de la secrétaire TIM, de la DSSI. Un collège d'information médicale composé des pilotes désignés, du directeur adjoint responsable du système d'information, des médecins, est chargé du suivi de la mise en place du dossier patient constitué du dossier patient informatisé et d'une partie dossier papier. La composition des dossiers est définie. L'accès des professionnels au dossier informatisé est réglementé. Le mot de passe a une validité de 90 jours. Pour mener à bien le déploiement du nouveau logiciel du dossier patient informatisé, et sa stratégie, la clinique a mis en place les ressources humaines (formation, compétences), le matériel adapté dans toutes les unités ; elle a mis à jour et validé l'ensemble des procédures définissant le circuit du dossier de son admission à son archivage. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et opérationnelle pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de soins, administratifs, médico techniques, équipe de maintenance).

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes de cette prise en charge. Le collège d'information médicale a en charge le déploiement du nouveau logiciel, la formation des professionnels de santé administratifs, paramédicaux et médicaux. Il a un rôle majeur dans le paramétrage du logiciel auquel a participé activement des professionnels ressources volontaires. La clinique a mobilisé l'ensemble des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle, notamment le déploiement du nouveau logiciel. Les équipes connaissent les objectifs et les mesures à mettre en place pour les atteindre ainsi les règles de gestion du dossier patient informatisé. Des formations sont dispensées aux professionnels et aux nouveaux arrivants pour permettre la mise en place effective de ce dossier. Tous les professionnels concernés ont été formés par le prestataire. Cette formation a été déployée en interne par des personnes ressources, des infirmiers référents sont désignés pour assurer la formation de l'utilisation du DPI, l'assistante des médecins est référente pour aider les médecins à cette utilisation. Le collège a mis en place un audit pour s'assurer de la conformité des pratiques, son analyse a permis l'élaboration d'un plan d'actions.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Tous les professionnels soignants, médicaux ont été formés par le prestataire informatique à l'utilisation du logiciel. Des référents dossier ayant participé au paramétrage sont désignés, ils assistent les professionnels au quotidien et forment les nouveaux arrivants à l'utilisation de l'outil. Les profils d'accès des utilisateurs sont définis et la traçabilité des accès est assurée. La secrétaire TIM et le médecin DIM, s'assurent de la qualité du recueil des informations. Un référent applicatif est désigné. L'archivage est organisé et placé sous l'autorité de la secrétaire TIM. Un document permet la localisation de l'ensemble des dossiers patients repérable par le numéro d'IPP. La gestion documentaire comprend de nombreuses procédures en lien avec le dossier patient : « manuel

informatique à l'usage des médecins », « manuel informatique à l'usage des soignants », « manuel à l'usage de la DSSI » « circuit d'admission du patient », « tenue du document dossier patient » (constitution et classement du dossier papier, rôle et responsabilités de chaque intervenant), « accès au dossier par le patient », « transfert du patient en hospitalisation » ; « gestion des archives médicales ». Le document « circuit du dossier patient » précise les règles de gestion, la matrice des droits d'accès au DPI. Afin de prévenir toute défaillance ou d'arrêt inopiné du logiciel, une procédure « fonctionnement en mode dégradé et retour à la normale du logiciel de gestion du DPI » décrit la conduite à tenir en cas de panne « pour la mise à disposition d'un poste informatique autonome sur lequel est installé le module duplicata permettant d'accéder à diverses informations ». Ces procédures sont validées, connues et appliquées par l'ensemble des professionnels concernés. L'ensemble de cette documentation est accessible sur le serveur fichier ou les impressions papier sont sous la responsabilité des surveillantes. La charte informatique est incluse dans le règlement intérieur remis aux professionnels avec le contrat de travail et le livret d'accueil du personnel.

Les équipements informatiques requis pour assurer la traçabilité des données de la prise en charge des patients sont opérationnels dans toutes les unités de soins et au niveau du plateau technique. Les professionnels bénéficient d'outils informatiques fixes et mobiles permettant de valider les soins et la surveillance effectués, en temps réel. Le matériel disponible en nombre suffisant est opérationnel pour permettre une utilisation optimale du DPI, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier et l'accessibilité en temps utile des informations par les différents professionnels. La maintenance est assurée.

L'établissement dispose de quatre locaux d'archivage rangés, propres, sécurisés pour les dossiers papiers. Le classement est organisé à partir du N°IPP. L'accessibilité de ces locaux aux agents autorisés est définie.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation définie pour le bon fonctionnement de prise en charge. Une organisation est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré admission, l'admission, jusqu'à la sortie pour le DPI, jusqu'à la facturation pour le dossier administratif. La photo du patient, prise avec son consentement signé, est insérée dans le logiciel, facilitant le respect des règles d'identitovigilance lors de la réalisation et traçabilité des soins. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier patient : consultations, examens, hospitalisations précédentes, observations cliniques, compte-rendu et toutes autres informations nécessaires à sa prise en charge. Cela a été vérifié lors des patients traceurs.

L'accès en temps réel utile aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif, cela facilite la réalisation des staffs pluridisciplinaires. Les circuits sont respectés de l'ouverture à la fermeture du dossier. Les interfaces avec les professionnels extérieurs : médecins spécialistes, laboratoire, sont mises en œuvre conformément à l'organisation définie (check-list de sortie, courrier de sortie, synthèse de sortie, double de l'ordonnance de sortie). La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée en temps utile. La confidentialité des informations est respectée dans les différents secteurs (postes informatiques rangés dans les salles sécurisées), lors des transports internes, externes, une organisation est en place. L'accès du patient à son dossier est assuré conformément à la procédure et à la réglementation. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée. Une organisation connue de tous les professionnels est en place. Le respect du délai d'envoi est respecté, son analyse fait l'objet d'un suivi. Ces informations sont transmises à la CRUQ. L'archivage du dossier papier est géré par les secrétaires médicales après l'envoi du compte rendu du séjour aux médecins adresseurs et aux médecins référents. La gestion des archives médicales est sous la responsabilité de la secrétaire médicale responsable–TIM de même que la gestion des demandes d'accès au dossier par le patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure une évaluation annuelle soit par le biais du recueil des IPAQSS, soit par un audit présentant les critères similaires à celui des IPAQSS. Les valeurs de l'indicateur IPAQSS 2014 « tenue de dossier du patient » est de 91. Elle atteste la qualité de tenue du dossier patient des différents services, vérifiée lors des patients traceurs et des observations de l'analyse du processus. L'audit réalisé dans le deuxième trimestre 2015 a montré une conformité globale à 85%. Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient se fait aussi sur la base de l'analyse des événements indésirables (six en 2015) et de l'analyse des questionnaires de sortie. La Clinique suit les indicateurs HN, le taux d'atteinte globale est de 78% au moment de la visite. L'accès du dossier par le patient fait l'objet d'une évaluation, un tableau de bord de suivi des demandes de consultation de dossier est en place, il comprend également le suivi des demandes de compte rendu d'hospitalisation. Peu de demandes sont formulées (0 en 2014, 2 en 2015, 2 en 2016). L'évaluation des délais de transmission des dossiers traduit le respect réglementaire (3 à 4 jours). Les résultats des évaluations de la gestion dossier patient et des demandes sont intégrés dans le tableau de bord.

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

L'analyse des résultats des divers indicateurs et audits permet l'identification d'actions d'amélioration. Elles sont intégrées dans le plan d'actions articulé dans le PAQ institutionnel 2016. Les actions relatives aux risques définis prioritaires alimentent le CQ. Les actions fin 2015 et début 2016 ont majoritairement été centrées sur le déploiement du nouveau logiciel : actions de formation, réunions explicatives tracées, mises à jour ou élaboration de protocoles et procédures, création d'un nouveau local archivage, réunion avec les rééducateurs pour améliorer la pertinence de la traçabilité de leur intervention. Le suivi des actions est assuré par les pilotes et l'assistante de direction lors des Copil, conformément au dispositif institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée par l'assistante de direction, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers via l'affichage à l'accueil des résultats IPAQSS, les réunions dans les unités , les staffs, affichage dans les unités de soins des comptes rendus du Copil et sur intranet. Une communication est faite en réunion de la CRU.

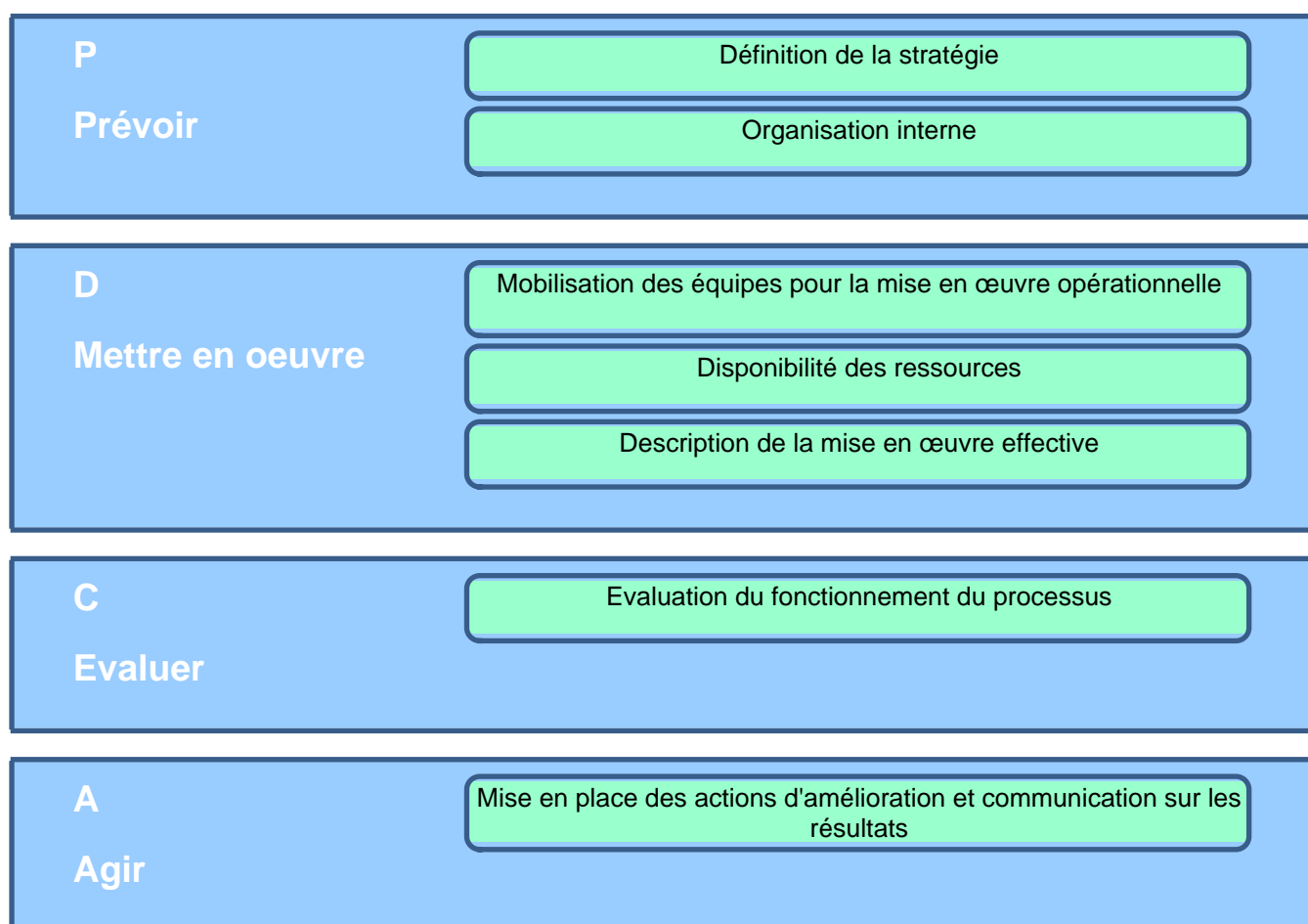
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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 politique de la prise en charge médicamenteuse de la clinique du Château de Florans est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Elle comporte des objectifs dont la prescription médicamenteuse chez la personne âgée. Les risques sont répertoriés et priorisés pour toutes les étapes du processus. Cette politique est validée par les instances concernées. Un programme d'actions est formalisé et priorisé par un groupe de travail pluriprofessionnel. La description complète du processus, l'analyse et la cotation des risques ainsi que le plan d'actions d'amélioration sont regroupés dans le manuel qualité "management de la prise en charge médicamenteuse" actualisé en 2015.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les pilotes (le pharmacien, le médecin référent ATB et la DSSI) sont identifiés et leurs missions sont décrites. Le pharmacien est nommé responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et possède une fiche de mission.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de la présence des effectifs et compétences nécessaires. L'établissement dispose d'une PUI avec des locaux, des matériels de stockage et de transport garantissant la sécurité du processus. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La gestion documentaire est organisée : les procédures des étapes du circuit du médicament sont définies, diffusées et actualisées si besoin. Le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse a été réactualisé en 2015. La prescription chez le sujet âgé a fait l'objet de la parution d'un guide pour la prescription médicamenteuse qui intègre les médicaments à risques. Un dispositif pour la fourniture des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI existe au travers de la permanence pharmaceutique de garde en ville.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le pharmacien et le médecin référent ATB réalisent des actions de sensibilisation auprès des professionnels et notamment des réunions d'informations relatives au risques médicamenteux (précautions, déclarations et analyses d'erreurs médicamenteuses). Le pharmacien s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par la réalisation d'audits de conformité sur toutes les étapes du circuit. Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources pour manager la prise en charge médicamenteuse sont formalisées dans le manuel qualité. Les professionnels sont sensibilisés par les pilotes du processus aux erreurs médicamenteuses, à la iatrogénie et aux déclarations des événements indésirables liés au circuit du médicament. Les ressources matérielles (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les services. Le circuit du médicament est totalement informatisé. L'accès au dossier du patient est sécurisé par identifiant et mot de passe ; l'accès aux différents modules du dossier patient est régi par des autorisations au regard du métier exercé. Un logiciel d'aide à la prescription est disponible. Le pharmacien détient la liste actualisée des médecins habilités à prescrire.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

L'organisation décrite dans le manuel qualité est déclinée dans la totalité du circuit. La prescription est réalisée par les médecins habilités conformément aux règles de bonne pratique. Pour les patients autonome, le médecin prescrit l'autogestion de la prise de médicaments.

L'analyse pharmaceutique est faite pour chaque prescription et les avis sont tracés dans le dossier. La dispensation est nominative globale.

La dispensation des médicaments est assurée par le pharmacien présent chaque jour dans l'établissement.

Chaque plaquette de médicament est réétiquetée par le pharmacien ; chaque comprimé comporte le nom de la spécialité, le numéro de lot et la date de péremption. Chaque unité de soins dispose d'une dotation

pour besoins urgents. Il existe également un sac d'urgence dont la composition a été validée par la CME. La gestion du traitement personnel du patient est assurée. L'identité du patient est vérifiée au moment de l'administration et des informations sont délivrées concernant le traitement. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier du patient informatisé.  
L'établissement a mis en œuvre la conciliation médicamenteuse dont la dernière lors de la semaine de sécurité du patient 2015.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre par l'analyse et le suivi des erreurs médicamenteuses avec les professionnels. Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs est effectué par les pilotes du processus. Un audit interne du circuit du médicament a été réalisé en 2014 par le pharmacien, il intègre des critères sur chaque étape du processus. Des évaluations sur l'application du protocole d'antibiothérapie, le bon usage des ATB et la consommation annuelle des ATB sont réalisées périodiquement.  
La réalisation de retour d'expériences sur le management de la prise en charge médicamenteuse a été menée sur les signalements d'erreurs médicamenteuses. Des EPP concernant le circuit du médicament dont les prescriptions chez la personne âgée sont réalisées annuellement et présentées en réunion d'instances.

## **A / AGIR**

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

Les actions définies lors de différentes évaluations et mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions Qualité gestion des risques et inscrites au compte qualité. Les audits réalisées sur toutes les étapes de la prise de la charge médicamenteuse permettent des réajustements périodiques. Les résultats des actions et des indicateurs sont communiqués, en interne par l'intranet et l'affichage dans les lieux de passage, notamment auprès des professionnels et des usagers.