



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE SAINT MICHEL

Route d'eoures
13400 Aubagne
OCTOBRE 2019

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	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

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 SAINT MICHEL	
Adresse	Route d'eoures 13400 Aubagne
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	130010648	SAS CLINIQUE SAINT MICHEL	Route d'eoures 13400 Aubagne
Etablissement de santé	130781594	CLINIQUE SAINT MICHEL	Route d'eoures 13400 Aubagne

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
Santé mentale	Psychiatrie générale	102

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Valvert (Gérontopsychiatrie), - Centre Hospitalier d'Allauch, - SSIAD d'Allauch (Court Séjour et consultations externes), - Maison de retraite les Séolanes, - Clinique la Lauranne, - Clinique les 3 lucs, - Maison de Santé de Sainte Marthe, - Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM). - Clinique Saint Martin (Ollioules) - Clinique des Trois Cyprès - Maison de retraite Saint Georges
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Parcours du patient

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

L'établissement est exempté du recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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	SM	troubles dépressifs / addictions	Programmée	Complexe	Santé mentale
2	Adulte	SM	état dépressif / séquelles suite coma	Programmée	Simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

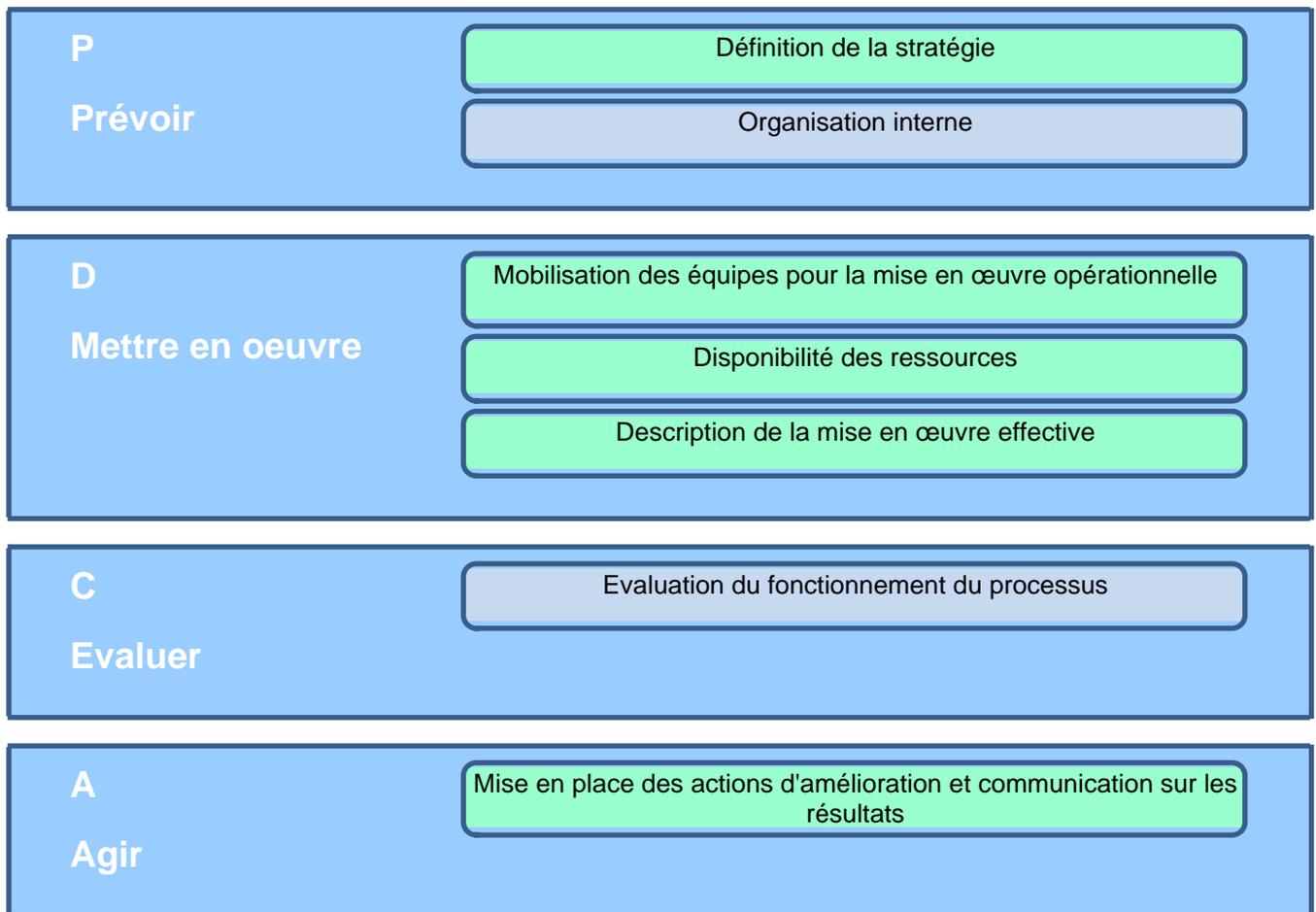
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 clinique St Michel est intégrée au sein d'un groupe de santé. L'établissement, au regard de son CPOM 2012/2016, devait évoluer vers une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à orientation psychiatrique. Les nouvelles orientations arrêtées par l'ARS vis-à-vis des axes du PRS ont validé le maintien de l'activité en santé mentale avec réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète et nécessité une évolution vers la réadaptation/ resocialisation des patients. Ces évolutions réglementaires et fonctionnelles sont en cours et conditionnent pour partie la politique "Gestion des risques"(QGR). Celle-ci est portée à ce jour par le management de la clinique qui dans l'attente de la conclusion d'un nouveau CPOM, a validé une note d'orientation stratégique 2018 /2022 qui fait état des besoins spécifiques en conformité avec les valeurs exprimées par l'établissement. Cette note d'orientation, sous bassement du prochain projet stratégique d'établissement, résulte des travaux menés à l'issue d'un séminaire de direction début janvier 2018 et des travaux de plusieurs groupes de travail de professionnels concernés. La note d'orientation stratégique qui recense 7 axes de priorité dans le domaine management de la QGR intègre les valeurs portées tant par la clinique que par le groupe de santé dans le domaine de la QGR. La clinique St Michel décline dans un document particulier sa politique annuelle qualité /gestion des risques pour la période juin 2018 – juin 2019 correspondant à l'exercice fiscal du groupe.

L'établissement a dupliqué pour tous les processus une méthodologie identique en terme de désignation de pilote et copilote, de groupes de travail de professionnels chargés de réaliser une cartographie des risques, d'une évaluation des risques et de leur cotation, de l'évaluation du processus. Un dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Un système informatisé de déclarations de ces événements est en place, il est connu, utilisé et son exploitation permet une analyse approfondie des causes en cas événement indésirable grave.

Il en résulte une méthodologie qui trace les besoins spécifiques de la clinique St Michel au regard de ses nouvelles missions et des orientations régionales imposées par l'ARS et le PRS. L'établissement a déterminé une politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins. Il a rédigé des documents spécifiques supports tant de la politique QGR 2018 /19 que de la politique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Il a procédé à la hiérarchisation des risques sur la base d'une grille validée par la Haute autorité de santé.

L'ensemble de ces documents ont fait l'objet d'une validation des instances (CME et CDU) Cette politique intègre la stratégie Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise. Sont identifiés des objectifs précis qui intègrent des indicateurs mesurables.

La politique définie regroupe les différentes organisations mises en place et permet d'identifier ces risques.

Les objectifs de cette politique sont déclinés dans un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, connu et structuré (actions, responsables, échéances, modalités de suivi), prenant en compte l'ensemble des éléments attendus.

Le programme est présenté et validé annuellement par les instances de l'établissement.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins notamment dans le cadre de la CDU.

La clinique a été mobilisée dans l'élaboration du Compte Qualité (CQ) qui est articulé avec le programme qualité global (PAQS).Au cours de la visite il a pu être constaté que la politique qualité de l'établissement concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé. Il repose :

- au niveau de la gouvernance et de la politique institutionnelle sur le comité de direction (Codir), la CME et la CDU. La CME est plus particulièrement en charge de la validation et du suivi stratégique des EPP, de la validation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins et de la supervision de l'ensemble des instances et comités maintenus dans l'établissement (clin, clan, clud, comité éthique, comedims, Rma ...). L'ensemble de ces instances disposent d'un règlement intérieur.

- au niveau du pilotage, de la coordination et de l'animation sur le Covir; le responsable qualité (RAQ) anime cette instance. Le Covir est identifié au sein de la structure ; il comprend le Directeur, le président de la CME, le pharmacien, la cadre de santé ainsi que les professionnels qui exercent une activité transversale en lien avec la gestion des risques et l'ensemble des processus de l'établissement. Il assure la coordination globale des actions d'améliorations mises en œuvre comme suite à l'analyse, l'identification et l'intégration des risques a priori et a posteriori dans le programme d'amélioration continue.

Une cellule de gestion des événements indésirables en assure l'analyse et le suivi.

Au regard de la taille de l'établissement, la mise en œuvre opérationnelle est assurée par l'ensemble des professionnels sous la coordination de la cadre de santé.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la cadre de santé en conformité avec le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010. La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est définie au sein de l'organigramme de la clinique.

Le pilotage et les missions des différentes structures en charge de la mise en œuvre de la politique sont définis. Des référents des risques sont désignés pour chacun des processus.

La stratégie EPP, définie et validée par la CME, s'appuie sur une structure opérationnelle intitulée "Réunion Medico Administrative" (RMA) composée du président de CME, du directeur, des médecins psychiatres et généralistes, du cadre soignant, de l'assistance sociale, du RAQ et de la secrétaire médicale. Cette sous commission de la CME qui se réunit de manière régulière, assure la coordination, le suivi des EPP, la mise en place des actions d'améliorations et la communication aux différentes instances.

La veille réglementaire est assurée au niveau du RAQ.

Les vigilances sanitaires ascendantes ou descendantes sont organisées. Les modalités de transmission des alertes des organismes de tutelles ou de sécurité font l'objet de procédures connues des utilisateurs.

La gestion des plaintes et réclamations fait l'objet de procédures qui sont très peu utilisées à ce jour au regard des demandes écrites des patients

La gestion des événements indésirables (EI) est structurée, connue des agents. Il existe une cellule de gestion des EI. Cette cellule opérationnelle, composée du RAG/GDR, de la directrice adjointe, de la cadre de santé se réunit tous les 15 jours afin d'assurer la gestion de ces EI qui sont signalés au sein de l'établissement via la logiciel un logiciel dédié.

IL existe un plan blanc actualisé en novembre 2016 qui n'a pas fait l'objet d'un exercice particulier depuis cette date. En cas de crise auquel établissement serait confronté le groupe de santé auquel appartient la clinique, met à disposition un accompagnement spécialisé.

L'établissement a identifié ses besoins et les ressources nécessaires pour ce processus lui permettant d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé en matière de qualité et de sécurité des soins.

Un plan de formation annuel intègre les actions d'amélioration de la gestion des compétences

L'établissement a mis a place début 2018 un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant l'ensemble des procédures définies et formalisées. Ce dispositif informatisé concerne les différentes composantes en matière de qualité, gestion des risques et vigilances sanitaires. Les procédures et protocoles y sont recensés. Ils sont a disposition des professionnels H 24. Au court de la visite il a été constaté que les professionnels utilisent largement le système informatisé mis à leur disposition.

Le système de gestion des plaintes et réclamations fait l'objet d'une procédure. La clinique n'a enregistré sur les 3 derniers années aucune plainte écrite de la part des patients. Ces derniers durant la même période n'ont pas saisi directement les représentants des usagers.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée. Cette coordination est assuré par le Covir et par le Comedims pour les vigilances plus spécifiques (pharmacovigilance, matériovigilance et réactovigilance). Les référents sont désignés, ils disposent d'une fiche de mission.

Une coordination est organisée entre établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire. La clinique participe aux regroupements régionaux en région PACA.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de la clinique s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement.

Des référent(s) qualité sont nommés au sein de la clinique afin d'organiser la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. De nombreuses réunions d'information, sensibilisation sont organisées tant par la direction (2 fois par ans) que le RAQ (réunion hebdomadaire) que par la cadre de santé (réunion communautaire hebdomadaire) que par le pharmacien (réunion hebdomadaire). La taille de l'établissement et le nombre de personnel restreint facilite la transmission des informations. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,...). Elles sont identifiées par le management à partir de démarches d'analyse (CREX, Patient traceurs) et démarches d'EPP auxquelles participent les professionnels.

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions, journées dédiées, semaine de la sécurité des patients,...) Des journées d'actions de sensibilisation a la gestion des EI et à la chambre des erreurs ont été réalisées en 2016 et 2017. Des outils de communication interne sont en place. La gestion documentaire informatisée constitue le vecteur principal de communication en aval des nombreuses réunions au sein de l'établissement. Les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels lors de ces réunions. Ils ne sont pas encore disponibles dans la gestion documentaire

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. La clinique, en adéquation avec sa taille, a déterminé les quotités de travail indispensables pour assurer le management QGR. Ces quotités, inscrites dans les fiches de mission des différents intervenants ont été validées par les instances.

Les multiples réunions de service sont l'occasion pour l'encadrement d'informer les professionnels de l'évolution des démarches au sein de la clinique. La gestion documentaire informatique assure aux professionnels sur leurs lieux de travail la mise à disposition des procédures et documents validés et actualisés. La révision régulière des procédures est tracée et permet la mise à disposition des versions opérationnelles. Des formations à l'utilisation de l'outil ont été dispensées lors de sa mise en œuvre.

Des actions de formation, intégrées au plan de formation annuel, sont mises en œuvre, y compris pour les nouveaux arrivants. Concernant la QGR, ont été réitérées en 2018 des actions de formation propre à l'établissement sur les risques prioritaires associés aux soins et à la sécurité des patients, sur les modalités de déclaration des EI, sur les risques liés à la prise en charge du médicament, sur le processus droit des patients, sur le processus dossier (lié plus particulièrement au déploiement du dossier patient informatisé).

Les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement :

Les pilotes et copilotes des processus ont bénéficié d'une formation aux outils d'aide méthodologique et d'accompagnement (grilles d'analyse de risques a priori, EPP,...)

Les Fiches de signalement des événements indésirables sont intégrés dans le logiciel spécifique de déclarations qui met à disposition des déclarants une arborescence des EI adaptés à l'activité et à la taille de la clinique. Il existe un plan blanc ainsi qu'un plan de crise actualisé.

Les alertes sanitaires ascendantes et descendantes sont structurées. En cas d'alerte durant les jours ouvrables l'ensemble des responsables sont prévenus par messagerie ; en dehors de ces horaires les messages d'alerte sont adressées au bureau des infirmiers (présence 24 h/24) et doublé par une copie fax dans le même lieu.

Des outils permettant de recueillir leurs attentes ou d'évaluer leur degré de satisfaction sont mis à la disposition des usagers.

Les locaux, le matériel et les équipements mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de vérifier la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins.

La démarche d'évaluation des risques a priori, associées aux soins est effective. Ces derniers sont répertoriés, analysés et hiérarchisés afin de pouvoir intégrer les démarches institutionnelles validées par le Covir..

Le dispositif de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves est opérationnel et connu de l'ensemble des professionnels. Les déclarations, intégralement informatisées sont analysées par quinzaine par la Cellule de gestion des EI (CGEI) émanation restreinte du Covir. Les déclarants sont tenus informés du suivi de leur déclaration. La direction a validé en début d'année une charte d'incitation au signalement qui intègre un versant non punitif de la déclaration sous réserve d'un manquement grave au respect des règles de sécurité ou de qualité des soins. Les EIG font l'objet d'une analyse approfondie des causes après validation de cette nécessité par le Covir. Les professionnels directement concernés sont associés à l'analyse approfondie des causes. Les actions d'améliorations nécessaires sont mise en œuvre et le suivi est disponibles sur la gestion électronique des documents.

Une organisation est mise en place pour le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP. Elle repose principalement sur l'action de la RMA, créée en 2014 comme sous commission de la CME. Au cours de l'année 2018, 4 nouvelles EPP ont démarré, principalement assises sur des audits de dossier. La RMA se réunit tous les mois en alternance avec la CME.

Tant l'encadrement soignant (cadre) qu'administratif (RAQ, Directrice adjointe) assure un relais effectif dans le domaine de la QGR.

Au cours de la visite il a pu être constaté que l'ensemble des professionnels participe au signalement et si besoin à l'analyse des événements indésirables.

Les professionnels connaissent les procédures de gestion des plaintes et réclamations. Si aucune plainte écrite n'est rapportée par l'établissement sur les 3 dernières années, il apparaît que toutes les réclamations orales transmises par les patients au cours des réunions communautaires sont analysées par l'encadrement et le management de la clinique. Le compte rendu de ces réunions communautaire est transmis systématiquement aux représentants des usagers et examiné en CDU.

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins, la stratégie de développement de l'EPP mais aussi les indicateurs retenus par l'établissement sont connus des professionnels.

Les instances opérationnelles se réunissent périodiquement. Les comptes rendus de ces réunions sont établis systématiquement mais ils ne sont pas encore disponibles sur la gestion électronique des

documents pour l'ensemble des professionnels.

Les représentant des usagers ont confirmé la participation de la CDU à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme qualité de la clinique. La CDU est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers. Un bilan des fiches de signalement des EI lui est présenté tous les ans.

Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel au travers des questionnaires de sortie (70% de taux de réponse)et des audits ciblés annuels. Des actions correctives sont mise en œuvre après actualisation du programme d'actions (PAQS).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique et le service qualité ont mis en place une batterie très étendue d'indicateurs de suivi pour l'ensemble des processus. Une évaluation régulière des processus est réalisée (plus de 76 items sont suivis selon une périodicité adaptée).

Sur la base d'un audit mensuel de 10 dossiers de patient s, l'établissement réalise un suivi des processus liés à la prise en charge des patients.

Un suivi annuel de la mise en œuvre du programme global de la qualité à l'échelle de l'établissement est réalisé et fait l'objet d'un suivi particulier (tableau de bord spécifique). Le bilan réalisé permet de mesurer l'impact de l'action en terme de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est mesurée en lien avec la CDU. Elle est réalisés à partir des questionnaires de sortie (70 % de taux de réponse). Les patients à leurs sortie sont invités a remplir ce document; ils sont accompagnés systématiquement par l'agent d'accueil ou les infirmiers du service. Un questionnaire spécifique sur la restauration est mené chaque année auprès des patients . La CDU analyse trimestriellement les résultats obtenus. La clinique réalise des mesures de la satisfaction des patients (enquêtes un jour donné) au moyen d'une solution digitalisé.

Des tableaux de bord élaborés par le RAQ permettent de suivre régulièrement la progression des nombreux indicateurs (d'activité, de ressources et de qualité) retenus par l'établissement. Les pilotes/ copilotes des processus ont un accès lecture/ écriture pour les données qui les concernent ce qui autorise une actualisation régulière. Le suivi des évolutions des résultats des nombreux items est de plus facilité par l'utilisation de code couleurs.

A / AGIR

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

Le suivi des actions et résultats des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le Covir et RAQ. Une revue annuelle qualité /gestion des risques est réalisée et diffusée aux instances.

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs et des démarches d'évaluation réalisées.

La politique qualité et stratégie de développement de l'EPP est révisée trimestriellement comme suite aux réunions Médico administrative. Le PAQS fait l'objet d'une évaluation trimestrielle.

La clinique a mis en place au travers de ses multiples réunions pluriprofessionnelles un dispositif de communication régulière des résultats des évaluations et des actions conduites. Des réunions d'information, sensibilisation sont organisées tant par la direction (2 fois par ans) que le RAQ (réunion hebdomadaire) que par la cadre de santé (réunion communautaire hebdomadaire) que par le pharmacien (réunion hebdomadaire). La taille de l'établissement et le nombre de personnel restreint facilite la transmission des informations.

L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances et auprès des professionnels. Il procède au reporting trimestriel des EIG auprès de la direction du groupe de santé auquel il appartient

Il a pu être constaté au cours de la visite que les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont affichés. Les résultats des indicateurs qualité intégrés dans les tableaux de bord sont communiqués aux usagers.

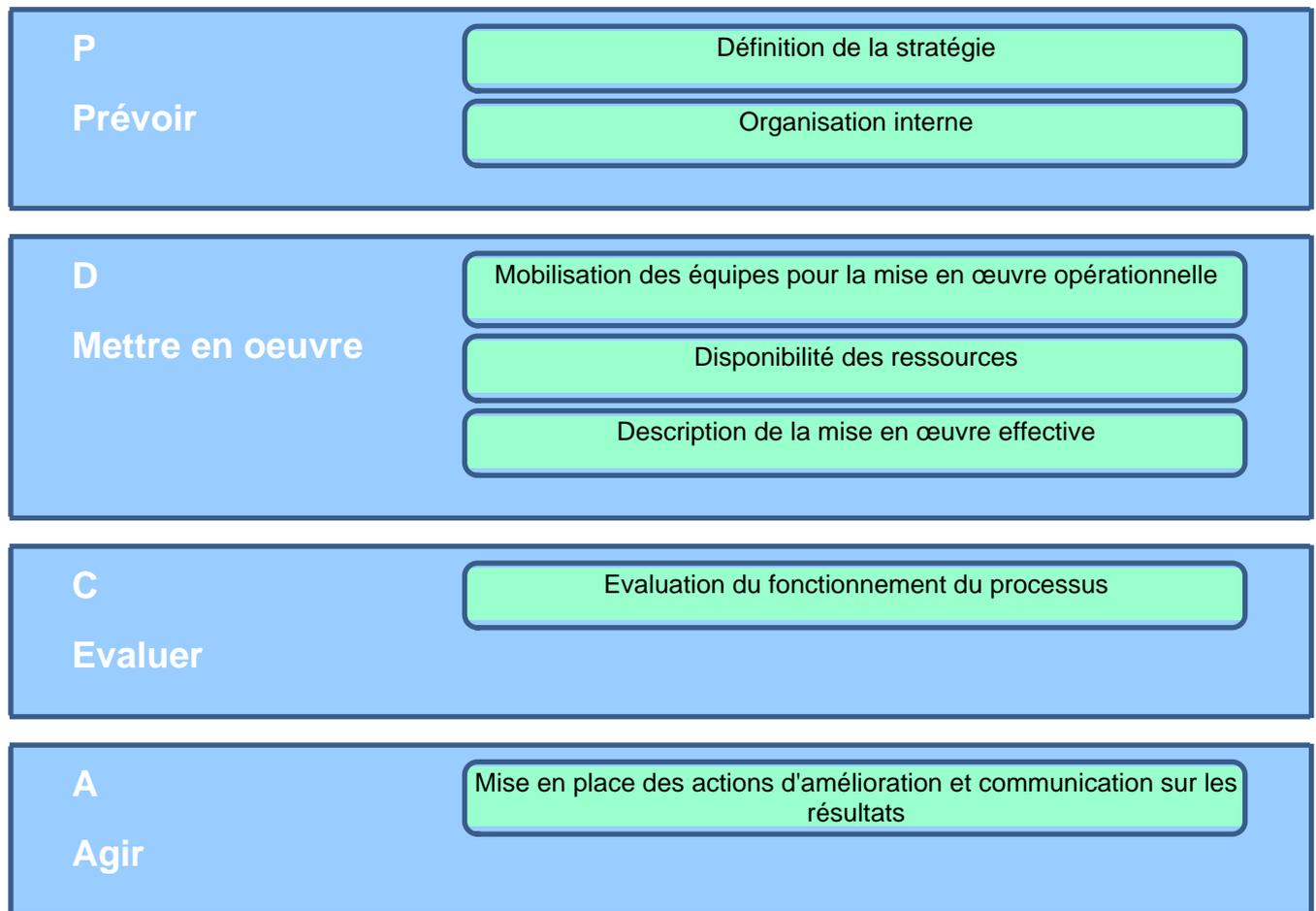
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. Le respect des droits du patient est inscrit dans la note d'orientation stratégique 2018 -2020. L'établissement a aussi décliné un document, validé par les instances, sur sa politique annuelle 2018 -2019. Un synoptique sur la bientraitance et les droits du patients récapitule de manière synthétique pour les professionnels les objectifs et les actions à mener.

La clinique a identifié ses besoins dans une cartographie des risques a priori (compte qualité) en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, bilan CDU, analyse des EI). La CDU et les représentants des usagers ont été impliqués dans le processus. Ces derniers ont participé à la cartographie des risques sur la thématique des droits des patients. Les risques sont hiérarchisés suivant une grille de la Haute autorité de santé et conduisent à la définition de priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.

La politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie à partir de cette analyse de risques.

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, commun)..

Ce programme est validé par le Codir et présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Un pilote (Psychologue) et copilote (assistante sociale)) sont désignés pour mettre en œuvre la politique des droits du patients à l'échelle de l'établissement. La pilote et copilote disposent d'une fiche de mission validée par les instances en janvier 2018.

Un dispositif de gestion documentaire électronique est en place. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Les procédures concernant le signalement d'un cas maltraitance, la prévention des violences et conduites à tenir ont fait l'objet d'une actualisation en novembre 2017. La charte de bientraitance qui a été élaborée est affichée dans l'établissement.

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sur les droits des patients sont définis. Tous les professionnels bénéficient chaque année d'une formation interne sur le respect des droits du patient. (Bientraitance, intimité, dignité, confidentialité, libertés individuelles). Cette formation s'adresse aussi aux nouveaux arrivants.

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de dommage lié aux soins, de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement.

Lors des admissions (pas d'accueil en urgence), l'agent d'accueil met systématiquement à disposition des patients des documents d'information sur leurs droits et les missions de la CDU. Un dossier structuré inclut des plaquettes spécifiques ou des documents qui tracent soit l'accord du patient (photo dans le dossier informatisé, désignation de la personne de confiance, consentement éclairé), soit son information (livret d'accueil, règlement intérieur, état des lieux de la chambre, liste des structures réalisant des programmes d'éducation thérapeutique, modalités de communication du dossier...). Le patient après en avoir pris connaissance ou manifesté son accord, valide par écrit l'ensemble de ces actions.

L'organisation des prises en charge permet le respect de la confidentialité des informations.

Des actions visant la promotion de la bientraitance sont en cours. Le comité éthique et sa présidente, pilote du processus, s'est saisie de cette question en interne même si aucun signalement à ce jour(EI, plainte orale, réclamation de l'entourage) n'est enregistré. L'ensemble du personnel y compris médical bénéficie chaque année d'une action de formation. En préambule, un questionnaire anonyme d'autoévaluation de 38 questions sur les pratiques professionnelles dans le cadre de la bientraitance permet d'alimenter une base comparative de l'évolution des pratiques dans ce domaine.

L'accès des personnes à mobilité réduite(PMR) est respecté (rampes, ascenseur, accès et surface des chambres).

Il n'y a pas de limitation d'accès à leurs chambres pour les patients. Ces derniers disposent librement de la clef de leur chambre et armoire personnelle qui leur est remis contre caution lors de l'admission. Les modalités de sortie de l'établissement respectent la liberté et de venir de des patients. L'établissement déclare ne pas pratiquer d'isolement et de contention; il ne dispose pas de matériel de contention, les barrières de lit ont été supprimées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management et l'encadrement s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients. Les situations nécessitant une restriction de liberté (retrait des effets personnels, limitation des contacts, utilisation de la vidéo surveillance dans les couloirs) font l'objet de procédures actualisées et de mesures d'amélioration inscrites dans le PAQS.

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée et évalué. Une procédure permet de répondre aux situations de refus de soins.

Le recueil de la volonté du patient est tracé aux différentes étapes de sa prise en charge.

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect. La réflexion bénéfice-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante. Elle est tracée dans le dossier informatisé du patient. La prise en charge de la douleur est tracée dès l'admission du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles,). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des formations sur ce sujet sont réalisées chaque année pour l'ensemble des personnels.

Cependant, les conditions d'hébergement ne permettent pas complètement le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Sur les 63 chambres qui accueillent 102 patients, 19 sont des chambres individuelles et le reste est en chambre double. Toutes les chambres disposent de toilettes séparées et soit d'une baignoire, soit d'une douche. Une partie des chambres (30) sont dans un état d'entretien variable avec un matériel hôtelier disparate. La clinique a réalisé des travaux d'entretien ou d'amélioration limités ces dernières années. Au cours de la visite, il a pu être constaté que 10 chambres étaient dégradées (murs sales, peinture vieillie, carrelage défectueux, plaintes arrachées, moisissures dans la salle de bains.....). Les chambres ne disposent pas de climatisation et l'ouverture des portes fenêtres des chambres est limitée au regard des risques de suicide.

La clinique est consciente de ce dysfonctionnement et un schéma directeur immobilier conséquent avec un projet architectural de rénovation /reconstruction de toute la structure est prévu afin d'y remédier. Cette restructuration est actée avec une restructuration des locaux d'hébergement suivant un planning sur 3 ans avec démarrage effectif en février 2019.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre des droits du patient au sein de l'établissement.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont en place.

Les règles, procédures et protocoles concernant le respect de la dignité et de l'intimité du patient lors des soins, y compris les soins d'hygiène sont connus et respectés.

Le respect des droits du patient s'appuie sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.

Les pratiques constatées permettent d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient ainsi que le respect des libertés individuelles. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie. Un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient et de leur assurer un soutien dans les situations qui le nécessitent. Le patient et son entourage s'il y a lieu, participe à l'élaboration et au suivi de son projet de soins personnalisé.

L'information donnée sur son état de santé et les soins proposés ainsi que le recueil de son consentement éclairé sont tracés dans le dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage en liaison avec le responsable qualité assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « bientraitance et promotion des droits des patients ».

Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies. L'établissement mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs, rapport d'activité annuel...)

La démarche "Droits des patients" au sein de la clinique est évalué périodiquement, et ce de multiples

façons :

- indicateurs de suivi mensuels ou trimestriels,
- évaluation des EPP spécifiques au processus,
- audits de dossier mensuel,
- suivi des questionnaires de sortie,
- enquêtes de satisfaction réalisées tant auprès des professionnels que des patients.

Un bilan annuel est réalisé et communiqué au sein des différentes instances : CDU, CME.

A / AGIR

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

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables du processus "Droits des patients" qu'il a inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Ce programme est présenté annuellement à la CME et à la CDU.

Les résultats des différentes évaluations du processus sont communiqués à l'ensemble du personnel lors des réunions hebdomadaires et à la CME de manière trimestrielle.

La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations. Des actions de communication sont réalisées de manière régulière sur ces résultats.

L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière la CDU sur ces questions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

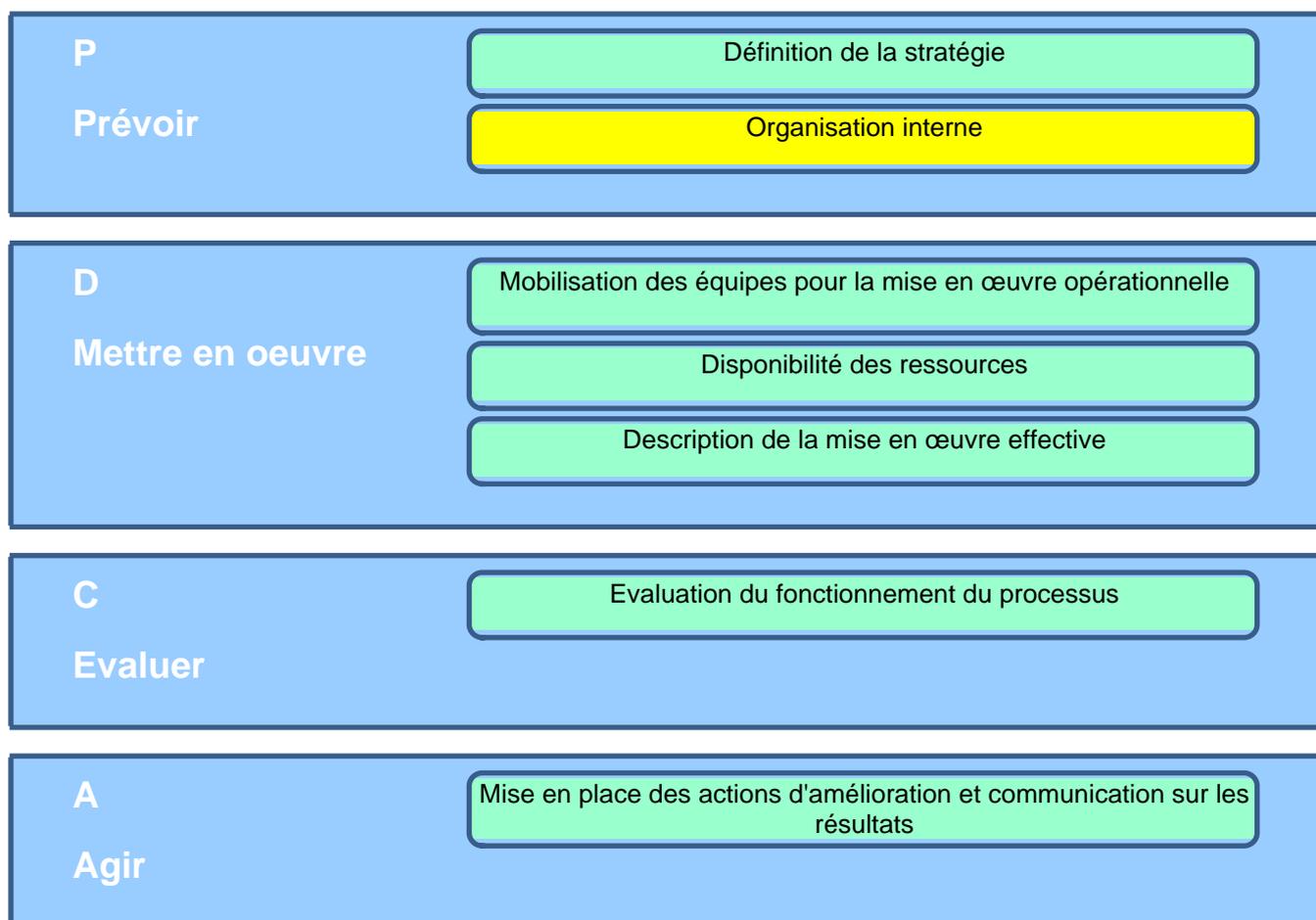
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Saint Michel a une stratégie et des objectifs pour l'amélioration du parcours patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte local, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et dans les orientations stratégiques (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens, Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins). Elle définit les orientations ou les stratégies, en matière d'organisation du parcours, de coordination des acteurs, de développement/consolidation d'activités (évolution du projet de prise en charge initialement orienté vers le médico-social vers un projet 2018-2019 recentré sur la psychiatrie avec la transformation de lits d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de nuit et d'hospitalisation à temps partiel). Cette stratégie s'intègre au projet du groupe et avec les autres établissements sanitaires de la région (partenariats avec les hôpitaux locaux du territoire, conventions, ...). Un document spécifique « Politique d'amélioration du parcours patient 2018 – 2019 » en synthétise les principales orientations. Elle a été validée par les instances concernées, et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé (compte qualité et PAQSS). L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés (groupe de travail pluridisciplinaire sur la thématique). Une cartographie a été réalisée pour le parcours patient en fonction des risques des différentes étapes du processus (3 risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité selon la méthodologie de la Haute Autorité de Santé). Les objectifs sont déclinés en 5 axes dans un programme institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter ce processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage du processus "parcours patient" a été confié à la cadre de santé avec une fiche de mission. La directrice adjointe en est le co-pilote. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources humaines nécessaires (effectifs médicaux, compétences, ...) sont identifiées en fonction des besoins des prises en charge, des risques et de la réglementation, néanmoins les effectifs soignants ne permettent pas d'assurer totalement une prise en charge de qualité notamment en terme de sécurité des soins: sur les créneaux de 6h à 6h45 et 19h30 à 20h, les effectifs sont de 1 infirmière et 1 aide-soignante pour les 102 patients. Les 2 infirmières de nuit sont seules de 19h00 à 6h. De même, la grande majorité des patients n'ont pas de prise en charge (exemple : lors de la visite, seulement 4 patients étaient pris en charge en activité dessin par l'animatrice soit 98 patients sans activité). Ces effectifs restreints sur ces 2 créneaux horaires ne permettent pas une prise en charge sécurisée des 102 patients ; en cas d'urgences (exemple : acte de violence, malaise d'un patient, coma dû une prise de toxiques, crise d'épilepsie...), l'infirmier seul ne pourra pas faire face aux difficultés et ainsi risquer une perte de chance pour les patients concernés. De plus, ces effectifs ne permettent pas de mettre en œuvre toutes les prescriptions d'activités thérapeutiques. L'établissement a identifié ce problème avec la mise en place en 2019 d'un projet de prise en charge dans lequel il est prévu la création de 8 à 10 ETP ; Ceci devrait permettre la mise en place d'un hôpital de jour et de nuit, et renforcer l'équipe d'hospitalisation complète ; Ajouter à une diminution capacitaire de 20 lits et une augmentation du prix de journée, l'établissement estime être en mesure de mettre les effectifs soignants en adéquation avec la sécurité des soins. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés dans un Plan de formation, pour l'ensemble des professionnels concernés. Les processus sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques (Exemple : Procédure d'accueil du patient, Parcours patient coordonné, prévention du suicide,...). Les patients à risque élevé sont repérés (personnes âgées, personnes démunies, patients présentant des pathologies chroniques, ...). Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place. Les besoins en documents d'information pour les professionnels de la clinique sont identifiés et mis à leur disposition (protocoles et procédures en fonction des prises en charge, grilles d'évaluation de certains risques comme le suicide, guides d'entretien psychiatrique et somatique, macro cible, recueil de données, sortie du patient,...) Ces documents sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé et connu des professionnels. Les coordonnées des secours à alerter en cas d'urgence vitale sont disponibles. Les besoins en supports d'information des patients et des usagers sont identifiés. Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés (portail internet, dossier patient informatisé, déclaration des FEI par voie électronique,...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La fonction transport des patients est assurée par un prestataire externe à l'établissement (convention). La clinique assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du « Parcours patient » (assistante de service social, animatrice sportive, psychologue, art thérapeute,...) et avec les intervenants extérieurs (médecine de ville, hôpitaux de proximité, professionnels de santé, ... et plus particulièrement cardiologue, orthophoniste, kinésithérapeute, podologue ...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur de prise en charge, et populations spécifiques, sont établis et mis en œuvre, en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le service et sur le processus.

Les responsables de la clinique impulsent une démarche d'amélioration au sein de la clinique, en lien avec les orientations de l'établissement.

Les responsables de la clinique (direction, médecins, cadre de santé) s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (exemple : remise du livret d'accueil, évaluation initiale médicale et paramédicale du patient à son arrivée, douleur, IMC, risque suicidaire, délai d'envoi du courrier de sortie,).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les équipes participent aux groupes de travail (EPP, analyse des EIG, réunion de coordination...). Un dispositif d'infirmier référent pour la prise en charge des patients est en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En fonction des effectifs disponibles, l'organisation interne de la clinique assure au mieux l'adéquation des ressources et des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge.

La continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les WE et les jours fériés est assurée (exemple : plan de continuité d'activité en cas de pandémie grippale). Les professionnels en poste sont formés : risque suicidaire, éducation à la santé, urgences vitales, douleur, psychopathologie.

Les procédures et autres documents utiles sont disponibles sur la gestion documentaire informatisée, accessibles et à jour.

Des documents d'information (livret, affichage, plaquettes, écran vidéo) sont mis à disposition des patients.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (exemple : pharmacie et unité de soins, responsable hôtellerie et unité...). La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier du patient.

Bien que ne prenant pas en charge l'hospitalisation des patients en urgence, l'établissement oriente en cas de besoin les patients vers un établissement partenaire garantissant une prise en charge adaptée (procédure). La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale, médicale et paramédicale, de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Une assistante de service social est à disposition du patient pour l'accompagner dans certaines démarches.

Les règles de présence et un système d'astreinte (médicale et administrative) sont définies afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Pour la prise en charge des urgences vitales, l'établissement a mis en place un dispositif adapté (n° d'appel, sac à dos d'urgence avec évaluation régulière de conformité). Ce matériel d'urgence vitale est opérationnel et disponible dans l'unité. La formation des personnels aux gestes d'urgence est assurée.

L'élaboration du projet thérapeutique individualisé est organisée en concertation pluridisciplinaire tracé dans le dossier (onglet spécifique), ce que confirment les patients traceurs. Le praticien trace le consentement et l'information donnée au patient sur son projet et les objectifs de soins.. Les activités de soins de suite et de réadaptation (kinésithérapie, activités thérapeutiques, orthophoniste,...) sont intégrées au projet de prise en charge. L'évaluation somatique est réalisée par le médecin généraliste de la clinique et tracée dans le dossier. La réflexion bénéfice-risque est tracée systématiquement.

De même, les vérifications terrain et les patients traceurs ont mis en évidence un suivi des troubles de l'état nutritionnel (dépistage systématique à l'admission) et la prise en compte du risque suicidaire (grilles d'évaluation,) lesquels sont tracés dans le dossier du patient.

La vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé et pour tous les types de prise en charge

(consultations externes, hospitalisations, etc.) est effective.
L'établissement a identifié les besoins en éducation thérapeutique du patient (ETP) : l'établissement est en capacité de proposer aux patients qui le souhaitent la liste des programmes d'ETP disponibles sur la région PACA. Au sein de la clinique, des activités d'éducation à la santé sont proposés (atelier du médicament, hygiène bucco-dentaire, diététique, ...) La sortie ou le transfert des patients, permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins, est organisé et anticipé autant que possible (fiches de liaison, données administratives, traitement, sortie définitive du patient...).

Un courrier de fin d'hospitalisation est remis au patient à sa sortie et un compte rendu d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.

Une procédure de « Bonnes pratiques de prise en charge des patients à risques » organise la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique (patients démunis, personnes âgées, porteurs de handicap, de pathologies chroniques, ...)

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs IPAQSS, tableaux de bord d'indicateurs, bilan d'activité, etc.).

Un tableau de bord permet de suivre de manière périodique la progression des indicateurs et permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux (exemple : nombre d'aboutissement de projet, nombre de sortie à domicile, durée moyenne de séjour, nombres de chutes, ...). La clinique réalise également des audits relatifs à la traçabilité de la prise en charge du parcours du patient dans le dossier, ainsi que sur la sortie du patient.

Les évaluations des pratiques professionnelles sont également réalisées :

- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
- Dépistage des troubles nutritionnels
- Évaluation de la traçabilité de l'évaluation de la douleur
- Évaluation de la Qualité de la prise en charge somatique
- Prévention du risque suicidaire

L'établissement a également réalisé 5 patients traceurs.

A / AGIR

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

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

La politique du parcours du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. L'établissement a mis en place de nombreuses actions tant au niveau du compte qualité que dans le PAQSS (exemple : risque suicidaire, prise en charge somatique, prise en charge nutritionnelle, parcours patient coordonné, ...).

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. Ces actions sont, pour la grande majorité, réalisées.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites (staff hebdomadaire avec le responsable qualité, affichage,).

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et aux usagers.

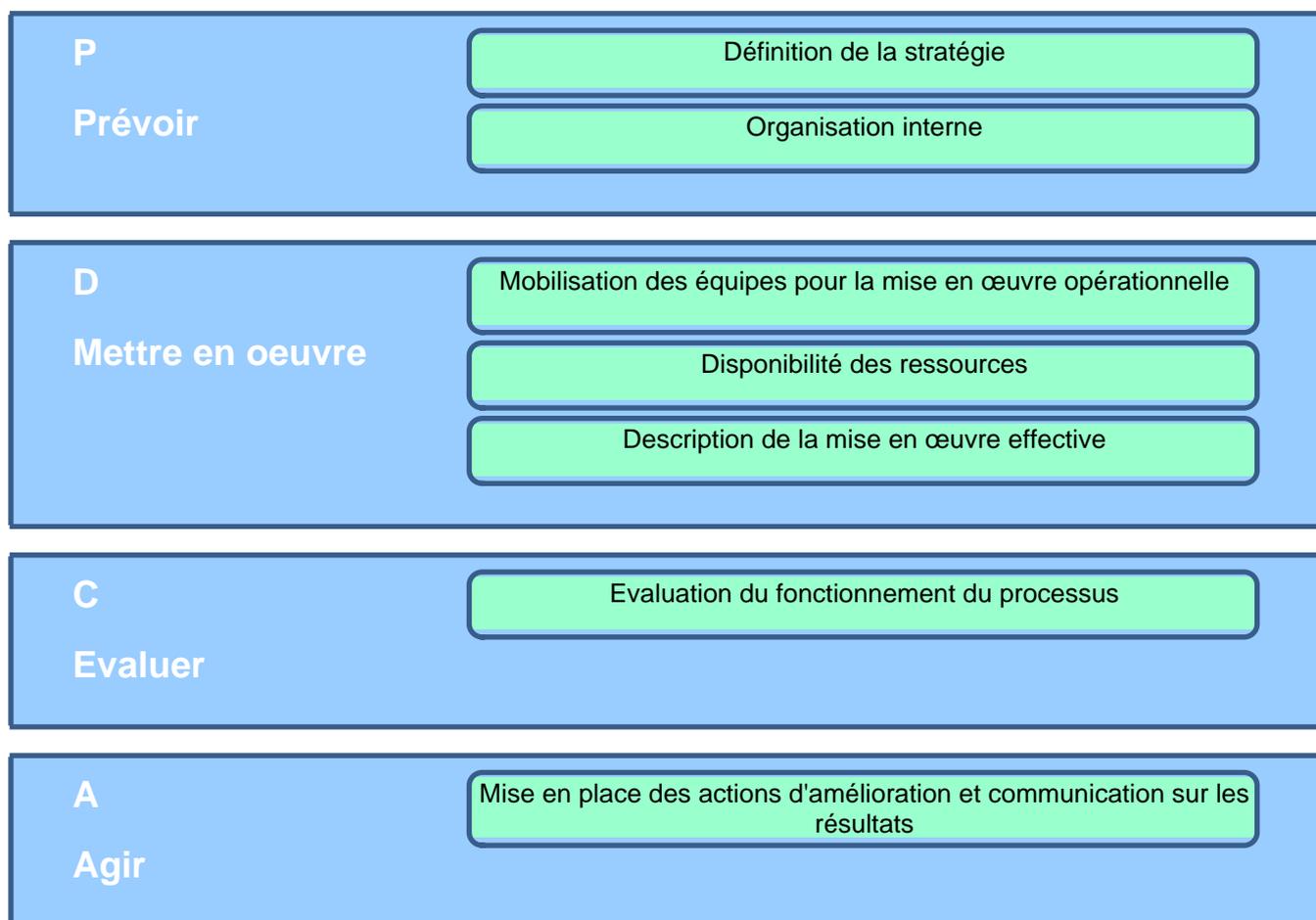
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de gestion du dossier du patient. Elle est intégrée dans l'axe « Projet des systèmes d'information » au sein de la note d'orientations stratégiques 2018 – 2020. Il a actualisé en mars 2018 sa politique annuelle de gestion du dossier patient pour la période juin 2018/juin 2019 (Période comptable spécifique). Ce document précise les instances et acteurs impliqués dans le pilotage, l'engagement de l'institution et les objectifs et axes de travail.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins réalisés par un groupe de travail de différents professionnels coordonnés par la directrice adjointe comme pilote et le responsable qualité (RAQ) comme copilote. Ils ont réalisé une cartographie des risques a priori ainsi qu'une analyse structurée des risques (hiérarchisation avec utilisation de la grille de la haute autorité de santé).

Les principaux risques identifiés dans le compte qualité :

- Les difficultés d'adaptation des professionnelles aux nouvelles pratiques de traçabilité dans le dossier patient informatisé,
- Dossier patient fractionné (papier et informatique),
- Dossier (informatisé et papier) non accessible/ non disponible en temps utile,
- Défaut d'évaluation de la conformité des dossiers.

La gestion du dossier fait l'objet soit de procédures concernant les règles de tenue, d'accès et d'archivage, soit des modalités d'utilisation du logiciel informatique déployé depuis novembre 2017. Le patient est informé des modalités d'accès à son dossier (livret d'accueil, règlement intérieur) ou de modifications éventuelles des données informatiques le concernant (affichage récent dans l'établissement). La politique est validée par le Codir, le Covir et la Réunion Médico administrative au titre de la CME et révisée au moins annuellement. La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement. Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée dans un programme d'amélioration du dossier patient, inclus dans le programme d'actions (PAQS) et dans le compte qualité. L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

Le Programme qualité est articulé pour cette thématique avec le Compte Qualité adressé à la HAS.

ORGANISATION INTERNE

Un pilote (Directrice adjointe) et copilote (RAQ) sont désignés pour mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement. Le pilote et copilote disposent d'une fiche de mission validée par les instances en janvier 2018. Le management opérationnel est assuré par la cadre de santé ainsi que des professionnels particulièrement formés au dossier patient informatisé (DPI) et qualifiés en interne de "Super utilisateurs".

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la gestion du dossier patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans une fiche de mission.

Les missions, la description des activités incluant les objectifs, les étapes et la méthodologie retenue et son mode de fonctionnement sont définis. Le pilote et copilote du processus identifient les situations à risque, le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Les mots de passe pour l'accès sur le DPI ne font pas l'objet d'une actualisation systématique.

Le directeur de la clinique est identifié comme personne référent pour assurer l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis. Une organisation est en place pour permettre l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droit d'accès. Ces informations sont retrouvées dans le livret d'accueil qui est distribué par l'agent d'accueil avec traçabilité de sa remise. Un formulaire de demande d'accès ou de communication de document médicaux ou d'un dossier patient sont transmis par l'agent d'accueil et complétés par les professionnels du service. Au cours de la visite la clinique a procédé à l'affichage réglementaire des données CNIL concernant le logiciel du dossier patient informatisé.

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les situations particulières concernant les conditions d'accès au dossier pour les majeurs protégés, les autorités et les ayants droit en cas de décès sont définies.

Les habilitations des professionnels pour l'accès au DPI sont définis en fonction de leur profil. Cet accès se fait par identifiant et mot de passe individuels en fonction des profils métiers. Un code temporaire est attribué aux professionnels temporaires et intérimaires.

Les ressources (effectifs, compétences) du processus dossier patient sont identifiées en fonction des

besoins, des risques et de la réglementation.
 Elles sont en attente d'évolution au regard des nouvelles orientations stratégiques de l'établissement. Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants et les étudiants.
 L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile
 Les règles de gestion du dossier patient (informatique et papier) sont formalisés et diffusés dans la gestion documentaire informatisée (responsabilité, tenue, confidentialité, composition, utilisation) auquel s'ajoutent le guide d'utilisation du dossier patient (papier et informatique), le guide spécifique à l'usage des personnels infirmiers.
 Pour garantir le bon fonctionnement du DPI, la clinique a organisé la formation indispensable aux professionnels concernés, une actualisation est réalisé par le RAQ en tant que responsable du système d'information et la cadre de santé. La formation des professionnels, dont les médecins et les nouveaux arrivants, au logiciel informatique est organisée. En sus de la formation initiale pour tous les agents, 3 professionnels ont bénéficié de formations complémentaires au titre de « super utilisateurs ». Ces derniers interviennent en tant que de besoin auprès de leur collègues et assurent une continuité de formation lors des rencontres institutionnelles.
 Une procédure en mode dégradé est formalisée. Elle a due être appliquée sans difficulté lors de la visite.
 Un plan d'investissement et de maintenance du matériel informatique est définie. Les besoins en documents d'information et outils d'aide pour les professionnels (consignes, affiches, plaquettes) sont identifiés et les documents et outils élaborés. Les professionnels disposent du matériel informatique (écrans, micro portable, imprimante) en rapport avec les nécessités de fonctionnement. Un plan de continuité de l'activité a été récemment validé et mis a disposition dans la GED.
 Les besoins en supports d'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont identifiés et les documents élaborés (livret d'accueil du patient, plaquettes d'information, écran d'information..).
 L'ensemble des intervenants interne et externe trace dans le DPI les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient.
 Les locaux d'archivage du dossier papier sont accessibles, sécurisés et disposent d'un système de détection incendie. Sont regroupés dans des locaux distincts les dossiers administratifs et les dossiers médicaux ; ceci permettant d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.
 La gestion des interfaces est organisée et revue régulièrement avec les utilisateurs et le responsable informatique afin d'assurer la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le groupe de pilotage « Dossier patient » communique auprès des équipes sur la politique du dossier patient, sur sa mise en œuvre et plus particulièrement sur le déploiement du DPI. Il impulse une démarche d'amélioration au sein de la clinique en lien avec les orientation stratégiques.
 Le DPI est utilisé par l'ensemble des acteurs soignants (médecin, infirmier, psychologue, assistante sociale, intervenants extérieurs ...).
 Le groupe de pilotage et les instances (Codir /RMA) s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, guide bonne pratique...). Si nécessaire après évaluation, des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques sont arrêtées , le PAQS est actualisé.
 Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration et participent :
 - à l'élaboration des protocoles et autres documents,
 - aux évaluations du dossier du patient,
 - à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, des EIG.
 Lors des différentes réunions institutionnelles, les résultats des audits et évaluation menés dans le processus sont portés à leur connaissance. Ainsi, en 2018, la clinique a réalisé 3 audits de dossiers (informatisé, papier et archivé) et 3 audits concernant la recherche d'information pour le processus DPI et l'accessibilité permanente aux dossiers médicaux.
 Des temps collectifs et nombreux sont prévus pour échanger sur les résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Il met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés.
 Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont organisées de manière régulière.
 L'établissement a formalisé les processus décrivant les interfaces entre les différentes activités liées au dossier du patient et a rédigé les procédures de prise en charge au sein de ces processus. Elles sont mises à la disposition des professionnels.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (guides thématiques, projet de service, recommandations de bonne pratique, outils d'aide) et des patients (livret d'accueil, support d'ETP). Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle du dossier du patient et des interfaces entre secteurs.

Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés. La mise en œuvre de la prise en charge des patients est réalisée en s'appuyant sur l'organisation, les circuits et les interfaces opérationnelles définis à l'échelle de l'institution.

Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective. Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier, ce que confirme l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier patient" recueilli par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient; ainsi des audits de 10 dossiers sont réalisés de manière mensuelle en routine au sein du Paqs pour le processus "Dossier du patients" :10 premiers items sont recueillis et concernent la tenue du dossier patient (dont la présence de la photo du patient, le recueil de la personne de confiance, le règlement intérieur signé, l'inventaire des médicaments à l'admission ...) Les 10 autres items recueillis aussi en routine concernent des données plus médicales (Indice de masse corporelle, douleur à l'entrée, consultation cardiaque, etc...)

Les résultats sont insérés dans un tableau de bord actualisé par le RAQ.

L'établissement participe au recueil des indicateurs obligatoires sur la tenue du dossier du patient. Il met en place des démarches d'EPP sur cette thématique ainsi que sur certaines thématiques non soumises au recueil obligatoire. 2 EPP sur le processus dossier patient sont en cours: La première a démarré en 2012 sur l'amélioration de la tenue du dossier patient et l'autre en 2018 sur la qualité de la tenue du dossier infirmier.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Un rapport d'activité annuel intègre les résultats de ces démarches d'évaluation. Il est soumis aux instances dont la CDU.

A / AGIR

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

L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions en rapport avec les résultats des indicateurs de tenue du dossier du patient. Ces actions sont articulées avec le PAQSS de l'établissement.

Le programme d'amélioration associé est réajusté trimestriellement et annuellement en fonction des résultats des évaluations :

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.

Il existe un système de diffusion en interne (GED) des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés par l'encadrement soignant ou le RAQ lors des différentes réunions institutionnelles hebdomadaires.

L'établissement informe de manière régulière la CDU sur les données relatives au dossier du patient :

- retour systématique des audits et évaluation,
- transmission des comptes rendus des instances telles que les réunions communautaires,
- nombre de demandes d'accès au dossier,
- délais de transmission des dossiers aux patients,
- suivi des actions d'amélioration.

Lors de la visite, le représentant des usagers a confirmé la transparence manifestée par le management de la clinique sur la communication des résultats à la CDU.

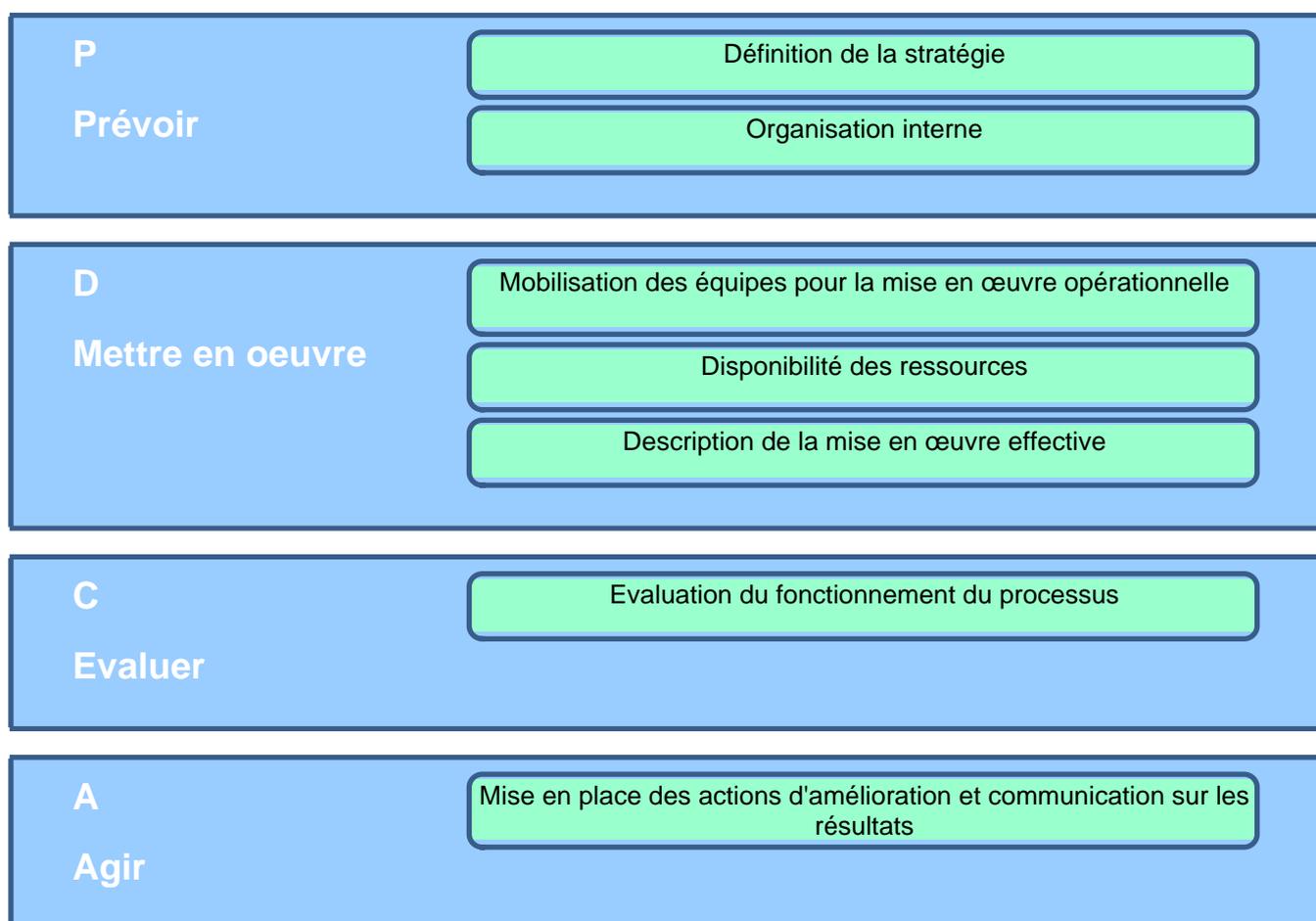
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 clinique Saint Michel a élaboré une stratégie et des objectifs de la prise en charge médicamenteuse, avec des dispositions spécifiques au sujet âgé (15% des patients), sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie établie de façon concertée avec les professionnels concernés, est formalisée dans les Orientations Stratégiques d'Établissement 2018-2022, dans un document « Politique de l'amélioration de la qualité de Prise en charge médicamenteuse 2018-2019 » ainsi que dans le compte qualité (4 risques ont été identifiés). Cette politique du médicament s'inscrit dans la politique globale de l'établissement et a pour objectif prioritaire de « prévenir la iatrogénie médicamenteuse et vise à assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ». Elle se décline en trois axes : Améliorer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement, Lutter contre la résistance aux antibiotiques, Mettre en œuvre le CAQUES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins ». L'analyse des risques est basée sur une cartographie mise à jour en mars 2018. Ces risques a priori et a posteriori sont établis sur la base de l'expérience des professionnels et des fiches de déclarations d'événements indésirables. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé (exemples : mise en place de la dispensation hebdomadaire individuelle et nominative, Mettre en place des entretiens pharmaceutiques pour les patients sortants à domicile, améliorer la dotation pour besoins urgents, ...) Des indicateurs de suivi sont en place.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter ce processus. Une organisation (COMEDIMS et CME) est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge médicamenteuse à l'échelle de l'établissement. Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis (règlement intérieur) et intégrés au système de management de la clinique (articulation avec le service Qualité Gestion des Risques). Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication. Un manuel qualité « Management de la prise en charge médicamenteuse » actualisé en juin 2018, en décline l'organisation interne. dent de la CME en est le co-pilote . Une liste actualisée des prescripteurs habilités est disponible à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Un référent médicament est en place au sein du service de soins. Les correspondants de pharmacovigilance, matériovigilance,... sont en place.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectifs, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaire (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. De nombreuses procédures et protocoles organisent ce processus (traitement personnel, stupéfiants, modalités de prescription, circuit du médicament, ...). La permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, convention avec un autre établissement et une officine, remplacement en cas d'absence, etc.) est organisée. Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont menées par le pharmacien auprès de l'ensemble des infirmières de la clinique et les erreurs relatives au circuit du médicament font l'objet d'une déclaration obligatoire (événement sentinelle). L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est effective. La conciliation médicamenteuse est engagée. Les résultats biologiques pour réaliser l'analyse pharmaceutique sont intégrés au logiciel de prescription. Le traitement personnel du patient est pris en compte dès son admission par les médecins de la clinique. L'accès à la pharmacie est réglementé et exclusivement réservé au pharmacien.

Des outils actualisés et validés, à destination des professionnels sont prévus, privilégiant notamment les bases de données sur le médicament agréées par la HAS. Les professionnels ont accès à des monographies pour chaque médicament. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est totalement développée, de la prescription à l'administration des médicaments.

Les besoins en support d'information pour les patients (brochures, dépliants, plaquettes, ...) sont à disposition des professionnels (diabète, alcool, les médicaments, ...).

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (le pharmacien participe chaque semaine aux réunions des soignants, des affiches sur la semaine de la sécurité sont affichées, ...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (exemple : le transport des médicaments au sein de la clinique est assuré par la préparatrice en pharmacie).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de l'établissement organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels (plan d'action spécifique sur la thématique de la prise en charge médicamenteuse).

Les responsables (responsable qualité, cadre de santé, médecins, pharmacien) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au sein de la clinique et sur le processus. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses (FEI, RETEX) sont réalisés avec les professionnels concernés.

L'encadrement de l'établissement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) et plus particulièrement du respect des règles de gestion, de rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.) dont les médicaments à risque.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels.

Les résultats en sont communiqués aux équipes (évaluation de la satisfaction des usagers, tableau de bord de suivi des indicateurs, ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les matériels et équipements (ordinateurs, chariots à médicaments, ...) sont disponibles dans le service de soins et à la PUI. La documentation est accessible, actualisée, connue et disponible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Ces protocoles, procédures et recommandations de bonnes pratiques sont nombreux et concernent tout le circuit du médicament. Ils concernent la mise en œuvre du circuit du médicament mais également (exemple ; Bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé, Conduite à tenir pour la prescription de médicaments à risques, stupéfiants,...) Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus, est assurée. Le patient est informé sur le bon usage de ses médicaments. Des ateliers du médicament sont proposés aux patients : Tabac et médicaments, Soleil et médicaments, Les médicaments en santé mentale, ... Les règles d'administration sont respectées dont la traçabilité. En cas de non administration et notamment de refus du patient, une procédure est en place (motif et information du médecin).

Les conditions de travail sont favorables pour assurer la sécurité du médicament (préparation des piluliers hebdomadaires par la pharmacie, administration du traitement au patient dans un lieu spécifique et respectant la confidentialité).

Le stockage des médicaments est dans une zone réservée et conforme à la réglementation : armoire fermée à clé dans l'infirmerie, coffres pour les stupéfiants, traitements personnels apportés par les patients stockés dans un endroit spécifique, ...

Le chariot d'urgence vitale contient les produits de santé conformément à la liste préétablie, concertée entre médecins et pharmacien.

Un réfrigérateur à basse température est disponible pour les médicaments et il existe une procédure pour organiser son entretien régulier.

La vérification de l'armoire à pharmacie est assurée par le pharmacien tous les trimestres.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (traçabilité des températures des réfrigérateurs, des commandes, de la gestion des périmés, des dates d'ouvertures des solutés buvables, ...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par l'établissement, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Un audit global du processus est réalisé chaque année. Un audit sur l'administration des médicaments a été réalisé en octobre 2018 et un sur la prescription et l'administration d'insuline en septembre 2018.

L'établissement assure le recueil des indicateurs IPAQSS (conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation). Des indicateurs de suivi sont en place (exemple :

taux de validation du pharmacien, taux de conformité des piluliers, suivi de la consommation d'antalgiques, d'antibiotiques... , ...). Les événements indésirables liés au circuit du médicament font l'objet d'une attention particulière notamment dans le compte qualité. La clinique a réalisé 3 Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sur :

- Évaluation de la pertinence de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé,
- La pertinence de la prescription de benzodiazépines à visées anxiolytiques,
- La pertinence de la prescription de benzodiazépines à visées hypnotiques.

Les résultats sont communiqués aux professionnels au niveau des instances (Réunion médico-administrative, CME, COMEDIMS) ainsi que lors des transmissions soignantes.

A / AGIR

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

Les différentes actions d'améliorations sont répertoriées dans le CAQES, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel de la clinique.

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

Des supports et modalités de diffusion sont établis et accessibles aux professionnels.

La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels par le pharmacien et l'encadrement de l'établissement. La communication auprès des usagers est prévue dans le cadre de la CDU.