



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE LA GRANGEA

**707 avenue de la borde
06250 MOUGINS**

SEPTEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE LA GRANGEA	
Adresse	707 avenue de la borde 06250 MOUGINS
Département / région	ALPES-MARITIMES / 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	060000262	SAS LA GRANGEA	707 avenue de la borde 06250 Mougins
Etablissement de santé	060780541	CLINIQUE LA GRANGEA	707 avenue de la borde 06250 MOUGINS

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
Santé mentale	Psychiatrie générale	67

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de coopération entre l'hôpital de Cannes et la clinique La Grangéa pour la prise en charge des patients, Projet de convention de complémentarité médicale pour l'accueil de patients relevant d'une prise en charge somatique d'urgence, Projet de convention de coopération entre l'hôpital de Grasse et la clinique La Grangéa pour la prise en charge des patients des secteurs de psychiatrie adultes, Projet de conventions de coopération entre l'hôpital d'Antibes et la clinique La Grangéa pour la prise en charge des patients des secteurs de psychiatrie adultes, Coopération à l'InterCLIN des membres de l'URCP (Union Régionale des Cliniques Psychiatriques), Convention de coopération avec le CALME (Établissement spécialisé en Alcoolologie à Cabris),

Convention de coopération pour un suivi psychiatrique coordonné des résidents d'EHPAD de proximité (Les Gabres, Orpea Diamantine, Hotelia),
Convention mutualisation ressources des PUI avec la clinique ORSAC Montfleuri.

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme	Psychiatrie	Dépression avec alcoolisation	Programmé	Simple	Santé mentale
2	Femme	Psychiatrie	TS et apnée du sommeil	Programmé	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

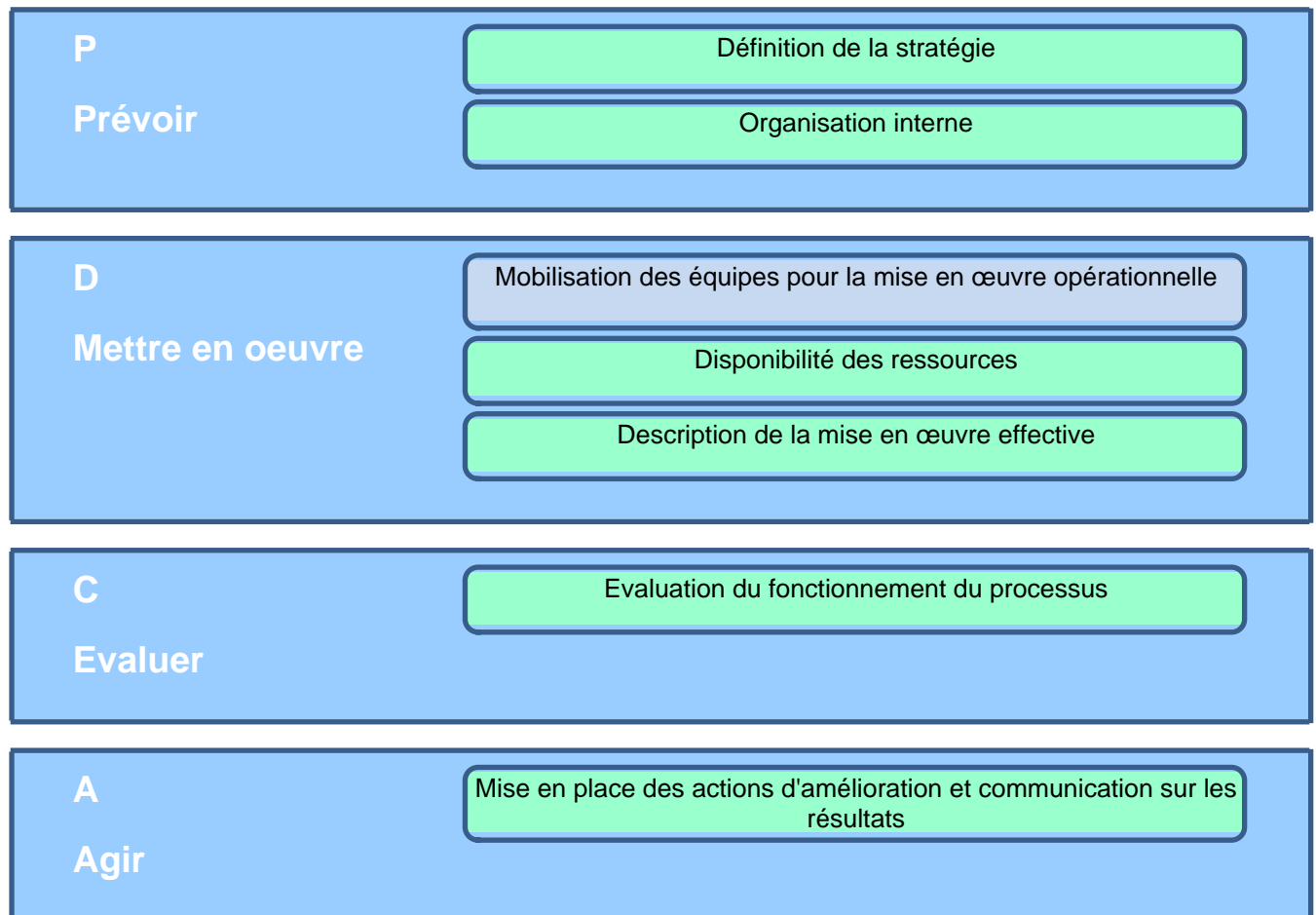
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins en prenant pour base la spécificité de sa prise en charge (santé mentale), ses risques a posteriori déjà identifiés et les résultats de la certification V2010.
Une politique de management de la qualité et des risques est déclinée dans les documents institutionnels. C'est le cas dans le projet d'établissement 2012-2018. Ces documents ont fait l'objet de validation par la CME.
L'établissement est engagé par le CAQES (Contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) signé avec l'ARS le 21/12/2017.
Il existe un « Projet qualité et gestion des risques » validé par les instances (CME). La politique Qualité est partie intégrante du projet d'établissement, du projet médical (axe 3) et du projet de soins.
Ces travaux ont permis de valider le développement d'une culture qualité et gestion des risques institutionnelle. Celle-ci a été initiée dès 1998 et s'est structurée au fil des itérations de la certification.
Le PAQSS regroupe les risques identifiés et prioritaires.
Le compte qualité est en place, réalisé après une cartographie des risques qui a permis de prioriser les risques à forte criticité. Le compte qualité et le PAQSS ont été approuvés par la CME et la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui s'identifie à un organigramme précis architecturé autour de la Direction de l'établissement. La directrice de l'établissement pilote cette politique en lien avec la CME. Elle occupe les fonctions de RAQ. Elle est assistée dans cette fonction d'un animateur qualité (80% ETP) et de deux assistantes qualité (temps partiel). Le médecin DIM de l'établissement est coordonnateur des risques associés aux soins.
Les rôles et responsabilités de ces acteurs sont identifiés dans des fiches de poste et de mission.
Ces acteurs constituent, avec le président de la CME et d'autres professionnels de santé de l'établissement (pharmacienne, surveillante générale, responsables d'unité, assistante sociale, agents en charge de fonctions logistiques / cuisines / linge), le CP-CGR (Comité de pilotage-Cellule de gestion et de prévention des risques). Il se réunit 4 fois par an. Ce CP-CGR intègre l'organisation et le suivi des vigilances dont les correspondants ont été désignés par la CME. Il traite l'ensemble des événements indésirables et assure le suivi des REX.
L'établissement dispose de référents sur des thèmes précis (Douleur, hygiène). Avec les infirmières responsables d'unité, ils assurent les interfaces nécessaires auprès de l'ensemble du personnel.
La CME est directement impliquée dans la politique d'amélioration de la qualité. La CME fait office de commission EPP dont elle assure le suivi.
Une gestion documentaire sous format papier (classeurs) rend accessible aux professionnels de l'établissement les procédures et protocoles.
Le signalement et le traitement des événements indésirables sont également réalisés sous format papier (formulaire).
Des actions de formation sont planifiées et suivies annuellement. Les nouveaux arrivants et les stagiaires bénéficient de temps d'accueil qui, notamment, portent sur les principes d'une politique qualité ainsi que sur la bientraitance et les droits des usagers. Un livret support leur est remis.
La gestion des situations de crise est organisée. Le plan blanc, actualisé, est présent. Des plans spécifiques existent tel que le plan canicule.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement s'est mobilisé depuis 2007 et 2012 (certification V2010) sur plusieurs axes prioritaires qui ont constitué un programme d'actions opérationnel. L'élaboration de son compte qualité, conformément à la méthodologie V2014, s'est inscrite dans ce cadre.
Le PAQSS et les actions prioritaires qui en découlent font l'objet d'un suivi au sein de la structure. La surveillante générale et les infirmières responsables d'unité sensibilisent et informent les équipes de soins.
Des référents ont été nommés. Ces personnes-ressources (référents douleurs, hygiène) constituent des relais de communication ascendante et descendante.
L'établissement mobilise, ponctuellement, les équipes par la mise en œuvre d'une politique d'audit interne qu'il assure en propre avec ses professionnels. L'enquête adressée aux personnels réalisée en 2017 montre un degré élevé de satisfaction (94%) dans l'accès aux documents en lien avec la politique qualité.

L'évaluation des personnels non médicaux concourt à mesurer l'investissement personnel de l'agent dans la déclinaison de la politique qualité de l'établissement.
Des professionnels non médicaux travaillent activement au sein des instances tournées vers le développement de la politique qualité dans la structure (CP-CGR, CDU, EOH).
Chaque médecin est tenu informé des travaux de la CME, du suivi des EPP et des REX.
L'ensemble de cette politique et des informations qui s'y attachent fait l'objet d'une communication par affichage (ainsi l'enquête de satisfaction des personnels réalisée en décembre 2017) et d'une diffusion sur site internet de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentaire sont disponibles au sein de l'établissement.
L'établissement met en place des actions de formation propres à la promotion de la politique qualité et à l'effectivité de son appropriation par les professionnels.
Ces actions ont porté notamment sur les droits des patients et le respect de la dignité.
Ces actions sont organisées et menées essentiellement par l'établissement lui-même sous le format de mini formations-actions, notamment celles dispensées par le président de la CME au bénéfice des personnels non médicaux.
La documentation, uniquement sous format papier, est structurée, aisément accessible aux professionnels dans les unités de soins.
Les locaux sont adaptés à une telle organisation de même que les équipements (informatiques notamment) mis à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes de la politique qualité.
Les interfaces entre les unités de soins, la Direction et le service de la qualité sont aisées et opérationnelles compte tenu de la taille de l'établissement.
Tout signalement d'événement indésirable par les professionnels fait l'objet d'un retour de suivi. Le pilotage est assuré par l'animateur qualité de l'établissement.
Les représentants des usagers ont été tenus informés de l'élaboration du compte qualité et ont pu apporter leurs propres appréciations sur les thèmes retenus. A ce sujet, les acteurs institutionnels de la qualité participent aux travaux de la CDU et tiennent informé la commission de la nature et du degré d'avancement des travaux qu'ils pilotent. Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses et axées principalement sur des détails de la vie quotidienne. Elles sont consignées sur un registre et gérées directement par la direction. Un tableau de synthèse est présenté à la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la politique qualité sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité).
Les indicateurs nationaux sont en place (IQSS, ICALIN, ICSHA, ICATB). Les résultats ICSHA (2016 : 34%, 2014 : 76%) font l'objet d'un affichage dans les unités de soins. L'indicateur ICALIN s'établit à 93 en 2016 contre 76 en 2014. Une communication institutionnelle aux instances est assurée.
L'établissement a instauré des indicateurs en propre sur le suivi des événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, le nombre de demandes de dossier médical.
Le taux de retour des questionnaires de satisfaction à la sortie du patient est évalué. Ces questionnaires sont traités par l'animateur Qualité et les résultats sont analysés en CP-CGR. Des REX sont organisés associant tous les professionnels concernés.
L'établissement est engagé dans une démarche d'EPP. Elle est inscrite dans le compte qualité.
Des audits internes sont menés selon une planification annuelle. Il est à noter que l'établissement a organisé, en 2017, une enquête de satisfaction des personnels (Taux de satisfaction positif : 83%).
Les objectifs portés par le compte qualité font l'objet d'un tableau de bord de suivi.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le programme d'actions institutionnel.
Le compte qualité présente des axes de progrès et définit des actions d'amélioration définies et priorisées selon une chronologie valide.
Les supports et les modalités de diffusion sont établis (affichage). Les interfaces de communication avec les unités de soins sont effectives.

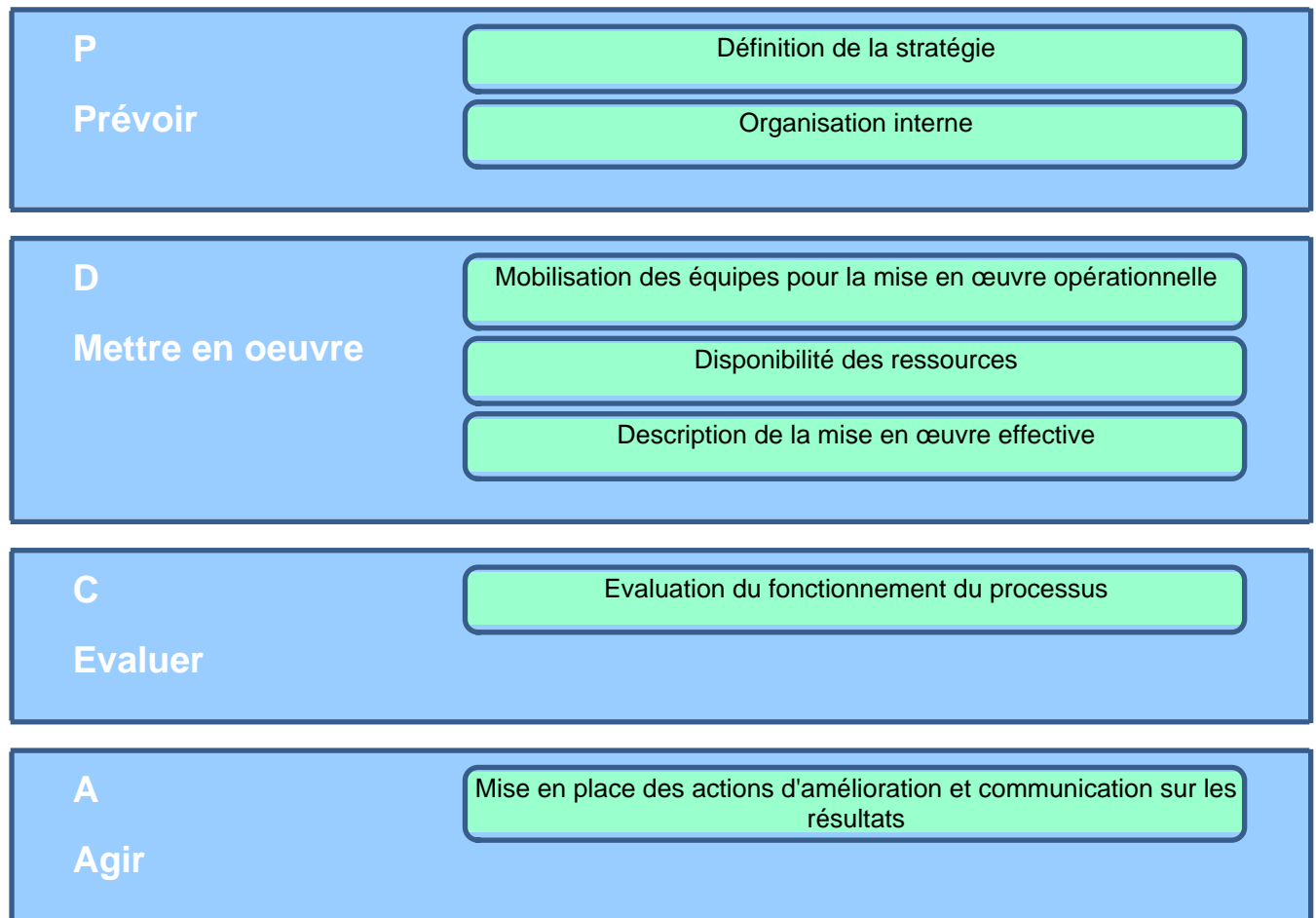
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique et ces objectifs sont intégrés au projet d'établissement 2012-2018. Les Droits des usagers constituent l'axe stratégique n°3 du projet médical (« Prise en charge des patients et développement d'une politique de gestion des soins impliquant le patient »). Ils constituent également des axes porteurs des Projet de soins et Projet social. Ils sont intégrés au Projet qualité et gestion des risques. L'un des segments du PAQSS (objectif 8) porte spécifiquement sur « démarche éthique, droit des patients, bientraitance ». Une cartographie des risques a été réalisée permettant d'identifier plusieurs risques potentiels majeurs dont la maltraitance.

Le PAQSS comporte une section propre aux droits des usagers (4 risques identifiés) en lien avec la cartographie.

Le compte qualité présente 5 « blocs » ou axes de progrès consacrés aux droits des patients. La politique d'évaluation est en place, s'appuyant sur la tenue et le suivi d'indicateurs spécifiques.

Les instances (CME, CDU) sont associées au pilotage de cette politique.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour garantir le respect des droits des patients.

Le pilotage de cette thématique est confiée à la directrice de l'établissement qui gère par ailleurs les plaintes et réclamations.

La mise en œuvre est centrée sur la Direction dont le service qualité et les responsables d'unités, le corps médical (CME) qui constituent le CP-CGR.

La CDU est directement associée à cette politique. Elle se réunit conformément à la réglementation. Les représentants des usagers participent également aux réunions du CLAN.

Les droits des usagers font l'objet d'une politique de formation institutionnelle.

Une médiation médicale et non médicale est organisée.

Lors de sa prise de poste initiale, chaque agent se voit remettre un document qui traite des conditions de suivi des patients lors de leur hospitalisation et notamment du respect de leurs droits.

L'établissement dispose d'un système documentaire sous format papier directement accessible par les professionnels.

Le livret d'accueil de l'établissement exprime clairement aux usagers de l'établissement ses droits.

La désignation de la personne de confiance de même que les directives anticipées sont connues des services. Le dossier patient permet leur mention.

Un registre des plaintes et de recueil des événements indésirables est tenu.

La composition de la CDU est portée à la connaissance de la patientèle (affichage, site internet de l'établissement).

La CDU dispose d'un règlement intérieur. Un « règlement intérieur Patient » précise de manière exhaustive et explicative les droits dont la patientèle bénéficie. Il est porté également aux usagers par affichage et par le site internet de l'établissement.

La charte des droits de la personne hospitalisée est intégrée au livret d'accueil. Elles font l'objet d'un affichage dans l'établissement.

Une charte Bientraitance existe qui tient lieu de charte éthique.

Un plan annuel d'investissement permet les acquisitions et le renouvellement des équipements de soins.

Les locaux de l'établissement ont été réhabilités. Une adjonction architecturale a été réalisée en 2003.

La taille de la clinique permet une circulation de l'information rapide et des interfaces facilitées entre soignants, administration et représentants des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Direction de l'établissement organise la mise en œuvre du respect des droits des patients. La direction de l'établissement a en charge, en lien avec le CP-CGR, du suivi global de la politique des droits des usagers.

La surveillante générale et les deux infirmières-responsables d'unités sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, les éventuelles mesures correctives et, plus globalement, sur le processus "respect des droits des patients".

Les services disposent de référents sur la prise en charge de la douleur. Des référents existent également pour d'autres segments de la prise en charge (l'antibiothérapie, par exemple).

Une politique d'audit existe (audit sur la pertinence de la pose de barreaux aux fenêtres de la nouvelle

structure réalisée auprès des patients en 2017) permettant d'évaluer les pratiques des professionnels concernant le respect des droits des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services.
En terme de formation, des réunions d'éthique (bienveillance, secret professionnel, dignité) sont organisées par le président de la CME sous forme d'échanges-débats avec les personnels (toutes catégories confondues). Elles sont étendues ponctuellement aux personnels de la société prestataire de service (entretien des locaux et hôtellerie). Des actions de formation ont été menées en externe à l'établissement (Bienveillance dès 2013, douleur). Une démarche d'intégration permet de donner une information généraliste aux nouveaux arrivants, en particulier sur les droits des patients et leur respect.
La documentation, non dématérialisée, est accessible à tous les agents.
Le livret d'accueil est remis à tous les patients.
Les chambres sont majoritairement particulières. La proportion de chambres à deux lits est de l'ordre de 25% des capacités (15 sur 52). Dans ce cas, les protocoles dont disposent les personnels permettent d'assurer confidentialité et dignité, sachant qu'aucun soin somatique n'est réalisé au lit du malade.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le respect des droits des patients. Les interfaces sont opérationnelles, facilitées par la taille de l'établissement et donc la proximité des professionnels de santé.
Des procédures sont consacrées aux restrictions de liberté (contention dont prescription et réévaluation, liberté d'aller et venir). L'établissement dispose d'une chambre « d'apaisement » (et non d'isolement exempté par conséquent de moyens de contention physique ou mécanique) dont l'accès est protocolé. Une procédure dispose de l'accompagnement obligatoire (par la famille ou les personnels) des patients présentant des troubles d'orientation majeurs lorsqu'ils sortent à l'extérieur.
Les patients font l'objet d'un suivi somatique dont examens paracliniques et consultations de spécialités.
L'acquiescement des patients aux soins est recherché par le corps médical dans le cadre de la contractualisation des soins (projet thérapeutique). Le projet personnalisé d'accompagnement des patients prend la forme d'un projet thérapeutique personnalisé portant le nom de « contrat de soins » (ainsi en ce qui concerne la prise en charge des addictions). En lien sont organisées, sur prescription médicale, des activités thérapeutiques. Des « actions éducatives patient » sur l'alcool (AEP) sont en place (32 séances hebdomadaires en 2017), de même que des activités occupationnelles.
L'effectivité de la mise en œuvre du recueil de la personne de confiance, de même que des directives anticipées, reste dépendante de la sociologie de la patientèle et de ses caractéristiques de santé. Les documents paraphés par le patient, quand il le sont ou peuvent l'être (pour les directives anticipées notamment), sont intégrés au dossier papier (DPS).
Le traitement des plaintes et réclamations est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Il existe un guide de suivi des indicateurs. Des tableaux de bord mensuels sont tenus : plaintes et réclamations, taux de remise du livret d'accueil...
Les questionnaires de sortie sont remis aux patients avec un taux de retour évalué et suivi (78 % en 2017 vs 85% en 2016). Ce suivi fait l'objet d'une attention particulière et constante de l'établissement. Il permet à l'établissement de mesurer le degré de satisfaction de sa patientèle sur le respect des droits, l'intimité, la restauration, l'hygiène, le confort.
L'établissement évalue des thématiques associées au respect des droits des patients (dépistage des troubles nutritionnels, IMC) à travers du recueil des indicateurs IQSS sur le dossier patient.
Des enquêtes de satisfaction sont réalisées par l'établissement. Le suivi des plaintes et réclamations est effectif (3 plaintes/réclamations en 2017) de même que celui des signalements d'événements indésirables (410 en 2016, 297 en 2017).
Les résultats de ces analyses sont communiqués à la CDU et intégrés à son rapport d'activité annuel. Les événements indésirables graves (5 en 2017), les événements sentinelles (2 en 2017) et les événements précurseurs de risque (1 en 2017) font l'objet d'un suivi particulier : ils ont donné lieu à 9 REX en 2017.
Des EPP en lien avec les droits des usagers sont mises en œuvre : « maîtrise des prescriptions de psychotropes chez le sujet âgé », « prévention de la dangerosité psychiatrique », « amélioration et sécurisation de l'accompagnement à la sortie ».

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

Des risques prioritaires sont identifiés et conduisent à l'identification d'actions d'amélioration. La CDU émet des recommandations dans son rapport d'activité annuel.

Les actions d'amélioration afférentes sont intégrées et articulées avec le programme d'actions d'amélioration institutionnel. Elles sont déclinées en actions d'amélioration à mener. Celles-ci sont assorties de moyens de validation et de réalisation qu'accompagnent des indicateurs de suivi. Ces indicateurs font l'objet d'une temporalité de suivi.

Les résultats sont communiqués essentiellement par affichage, ce dernier étant à la charge de l'encadrement. Les usagers sont également informés par voie d'affichage. Les représentants des usagers sont informés via la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

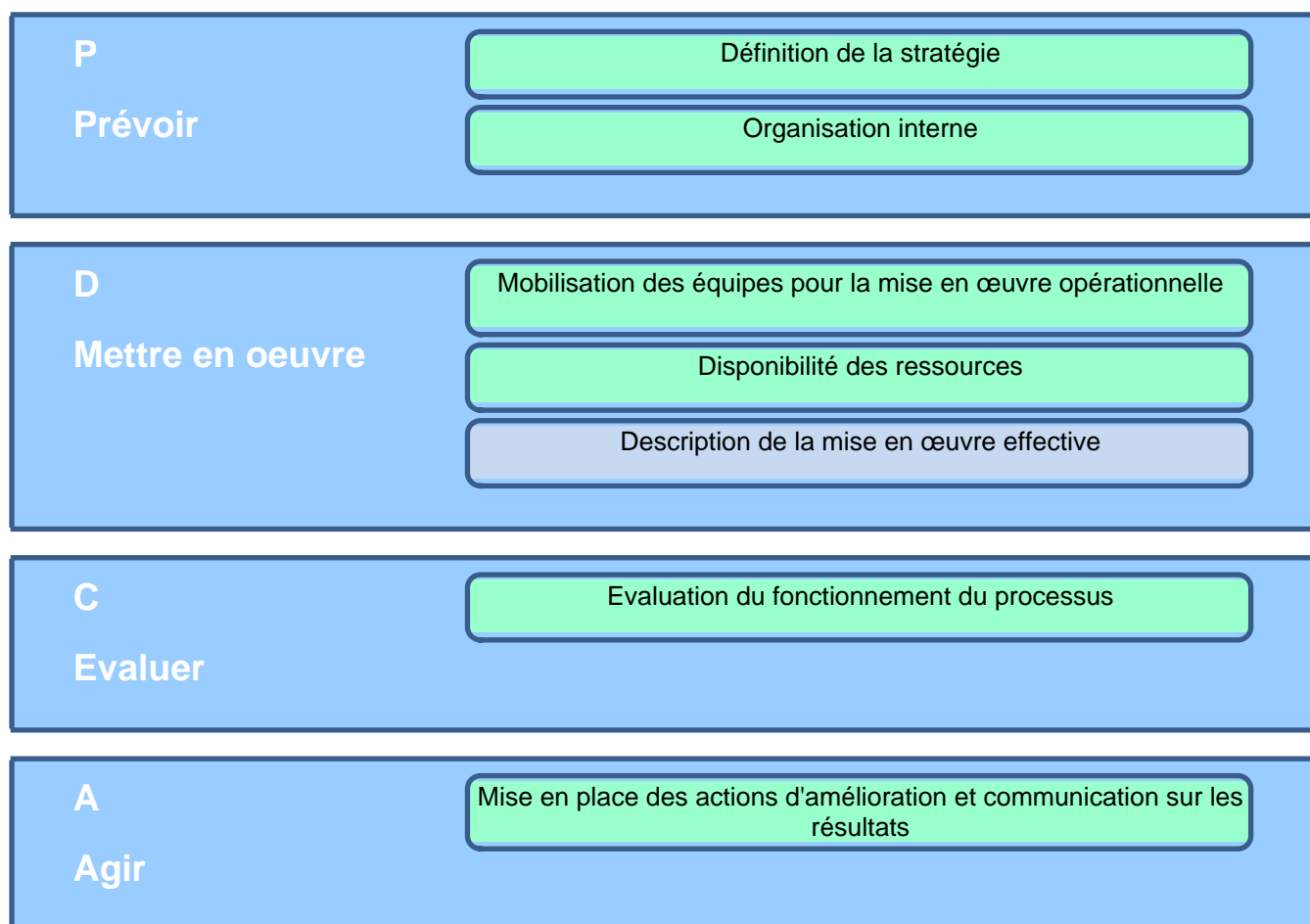
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique la Grangéa est construite sur le site d'un ancien monastère dans un parc ombragée de pins et de chênes sur 7 ha.

Pour construire son projet médical, intégré dans le projet d'établissement, la clinique s'est appuyée sur le contrat d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur en 2012 et devant être renouvelé prochainement. Elle a pris en compte le Projet Régional de Santé et les pathologies les plus fréquentes et/ou les plus à risques. Deux données principales ont été prises en compte : une hausse de l'âge de la patientèle accueillie et le nombre élevé de patients présentant des conduites addictives.

Le compte qualité a été élaboré de manière participative et pluri professionnelle en prenant en compte le projet d'établissement, les données relatives aux différents audits de l'établissement, de la réglementation et des avis de la CDU.

Les risques ont été hiérarchisés avec le diagramme de Farmer de la HAS dont les définitions des occurrences ont été adaptées à l'établissement. Les actions du PAQSS sont donc hiérarchisées, soumises à des échéances et des responsables identifiés.

L'ensemble des actions du compte qualité a été intégré dans le PAQSS de l'établissement et validé par le Comité de PILOTAGE - Cellule de Gestion et de prévention des Risques (CP-CGR).

ORGANISATION INTERNE

Le processus du "Parcours de soins" est piloté par le président de CME.

L'organisation opérationnelle du processus est confiée tout à la fois aux médecins intervenants auprès des patients et à l'encadrement infirmier. La CME et le CP-GDR jouent pleinement leur rôle de pilotage institutionnel.

La clinique dispose de moyens suffisants en ressources humaines avec peu d'absentéisme et la faculté en cas d'absence de pouvoir compter sur son personnel sans recours à l'intérim ou un pool de remplacement.

La permanence médicale est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La nuit, la permanence des soins est assurée par deux infirmiers et un aide-soignant. Une astreinte administrative et technique est en place.

Un plan de formation du personnel non médicale est élaboré tous les ans sur la base des entretiens individuels des agents et de leur demande au long de l'année.

Le matériel et les équipements sont entretenus et un programme d'actions de maintenance curative et préventive est en place. Au sein de l'établissement, on trouve de nombreux salons, bureaux médicaux, salle des réunions, terrasses et jardins sur un espace de 1 ha sécurisé.

Le nettoyage et le bionettoyage sont effectués par une entreprise externe. De même, l'entretien du parc est confié à une société externe.

Les ressources documentaires sont en version papier pour la documentation qualité mais le personnel dispose d'internet et l'établissement est abonné à des revues spécialisées.

Le système d'information répond aux besoins des usagers, la maintenance et la sécurité sont assurées par un prestataire externe. De même, l'entretien du linge et des tenues professionnelles est sous-traité. Par contre, la cuisine, en liaison chaude, dépend de l'établissement.

Les interfaces avec les secteurs logistiques et techniques sont assurées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les IDE responsables d'unité sous l'encadrement de la surveillante générale assurent l'encadrement de proximité. Leur fiche de fonction précise également qu'elles sont correspondantes hygiène et référente pharmacie. Elles s'assurent de la mise en place des protocoles sur le terrain et contrôlent les traçabilités diverses afférentes à la prise en charge des patients (douleur, poids...). Les infirmiers, aides soignants et les autres paramédicaux sont investis dans les soins mais aussi dans les démarches qualité et de réduction de risques. Ces professionnels participent aussi aux REMED, aux EPP.

Les professionnels sont informés des résultats de ces travaux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Trois médecins psychiatres (un poste vacant pendant la visite), un médecin généraliste, salarié de la clinique et un cardiologue assurant des vacances le jeudi, composent l'équipe médicale de la clinique.

L'équipe paramédicale est composée de 14 infirmiers et de 13 aides-soignants à laquelle il faut adjoindre l'encadrement, l'assistante sociale, les psychologues, un kinésithérapeute et une animatrice pour les ateliers. Les formations obligatoires (incendie, gestes de secours) sont assurés.

La réalisation du plan de formation montre des actions de sensibilisation en interne articulées autour de cas cliniques sur des sujets très divers : secret professionnel, contre-transfert, toxicomanie, la maladie alcoolique. Les actions de formations réalisées en externe sur la même année portent essentiellement sur les formations incendie et gestes d'urgence. On note cependant une formation en e-learning sur la douleur et une formation à la conduite d'entretien infirmier pour deux agents.

Les nouveaux arrivants sont doublés sur une période et bénéficient d'un accompagnement.

De nombreux documents qualité relatifs aux prises en charge sont intégrés dans la gestion documentaire et connu des personnels. Une documentation nombreuse à destination des patients ou de leur entourage est également intégrée au système documentaire mais sur le réseau informatique.

Les locaux, malgré l'âge de certains sont propres et entretenus.

Le matériel de soins ou informatique correspond aux attentes des soignants. Toutefois, la salle de soins ne permet pas de prévenir du risque infectieux. En effet, cette salle, également cabinet du généraliste, est la seule pièce où peuvent être réalisés des soins type pansement, ne correspond pas aux normes d'hygiène attendus. Le bureau, les patères, les casiers sont en bois. Le manque de bandes de chant sur la paillasse et l'étagère laisse voir de l'aggloméré. Le fond des tiroirs sous la paillasse servant à stocker du matériel est piqué et laisse aussi voir du bois nu. L'établissement s'est organisé pour renouveler l'ensemble du mobilier en bois de la salle de soins conformément aux normes d'hygiène attendues pour septembre 2018.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence médicale est assurée de 9h à 19H30 du lundi au vendredi. Un psychiatre d'astreinte, pouvant être sur place en moins de vingt minutes est disponible du lundi au vendredi de 19h30 à 9h. Le psychiatre d'astreinte passe également à la clinique le samedi de 9h à 13h.

Sauf exception, les patients entrent tous sur un mode programmé. Une des exceptions étant l'accord avec les urgences de l'hôpital de Cannes de disposer d'un lit dans les 24h. Le délai d'attente pour une admission correspond à un délai inférieur à 6 j jours.

A l'entrée, la secrétaire administrative saisie l'entrée et après accord écrit du patient, intègre une photo de lui dans le DPI, permettant de renforcer l'identitovigilance.

Le patient est ensuite vu par son psychiatre traitant qui fait une évaluation initiale de l'état de santé, prescrit éventuellement des consignes de surveillance et un programme d'activités thérapeutique. Le risque suicidaire est évalué ce que confirme les deux patients traceurs réalisés. La prescription médicamenteuse se fait en fonction de l'évaluation du patient et de son traitement éventuel à l'entrée.

L'ensemble constitue une fiche « Résumé de séjour » (intégrée au Dossier Patient informatisé dit « DPI ») est rédigée par le médecin et transmise en temps réel dans l'infirmerie d'unité dont va dépendre le patient.

Dans le même temps, le projet thérapeutique personnalisé (PTP), intégrant la réflexion bénéfice-risque, est défini, expliqué et remis au patient. Celui-ci a trois jours pour s'engager et signer ce document (ainsi que le règlement intérieur de l'établissement).

Le patient sera ensuite vu quotidiennement par le psychiatre, au moins une fois par le médecin somaticien et par le cardiologue qui réalisera un ECG. Le cas échéant, les bilans sanguins sont confiés à un laboratoire d'analyse dont le préleveur intervient trois fois par semaine. Les résultats sont visualisés sur internet, le compte-rendu papier est archivé dans le dossier du patient. Les examens radiologiques et des avis spécialisés sont réalisés en externe. L'ensemble de ces actes est tracé nominativement dans le dossier de soins.

Le PTP est revu au fil de l'hospitalisation, si nécessaire et après accord du patient l'appui et l'aide de l'entourage est recherché.

Des groupes thérapeutiques, sur prescription médicale, animées par un psychologue sont organisées en fonction du PTP établi lors de l'admission du patient et qui est régulièrement révisé :

- Groupe de parole,
- Groupes addictions (ciblés essentiellement sur l'alcoologie),
- Groupes relaxation,
- Groupes affirmation de soi.

Les patients peuvent aussi participer à des activités occupationnelles animées soit par une animatrice d'atelier (ateliers de type ergothérapie) soit par le personnel paramédical (jeux de société, décorations événementielles, loto etc...).

Les populations spécifiques accueillis sont rares, un agent de la clinique sait signer en langue des signes française.

Un kinésithérapeute prend en charge des actes thérapeutiques individuels ou collectifs (groupe de gymnastique deux matinées par semaine).

La mise en place du DPI à faciliter les échanges cliniques pluriprofessionnels. La clinique a mis en place un dispositif de réunion mensuelle tout à la fois clinique et formative.

Le poids des patients est surveillé tous les lundis, sur le DPI un indicateur d'alerte, colorimétrique, indique les IMC trop hauts ou trop faibles. Des régimes peuvent être prescrits. La clinique a pour objectif une convention avec l'unité diététique de Pégomas et un projet d'hôpital de jour. Le dépistage des

troubles nutritionnels est donc en place ce que confirme l'indicateur IQSS de 2016.
La clinique la Grangéa n'a pas d'activité d'éducation thérapeutique cependant elle a mis en place des actions éducatives patient concernant l'alcoolodépendance. Si nécessaire, elle oriente les patients sur des activités d'éducation thérapeutique dont la liste est donnée par l'ARS PACA.
La sortie des patients est organisée. Outre la gestion des dossiers sociaux, une assistante sociale participe activement à la préparation de la sortie :

- En organisant leur placement si nécessaire,
- En recevant systématiquement les patients en amont de la sortie,
- En leur remettant sous pli confidentiel la lettre de sortie, les résultats d'examen, l'ordonnance de sortie...

Les documents médicaux nécessaires à la continuité des soins (résumé de séjour, ordonnances, résultats de consultations, d'exams et de bilans) sont adressés au médecin correspondant, ce que confirme l'indicateur IQSS "sortie du patient".

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.
L'établissement suit plusieurs indicateurs issus du processus parcours de soins comme le taux de prise en charge somatique ou le taux de prise en charge du kinésithérapeute.
Une action d'évaluation de pratiques professionnelles concernant "la gestion de la sortie du patient" est en place depuis 2012, avec des actions d'amélioration annuelle. En 2017, l'amélioration a porté sur la mise à jour et l'informatisation de la lettre de sortie.
Une autre action EPP portait sur le "Dépistage et prévention de la dangerosité psychiatrique". La dangerosité a fait place aux troubles du comportement.
Les formations aux premiers secours ayant lieu sur site, des simulations permettent une évaluation de la formation.

A / AGIR

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

Du fait de sa taille, la communication des résultats d'audits et des actions d'amélioration est essentiellement orale et sous forme papier.
Certaines aboutissent sous forme d'indicateurs. Dans ce cas, l'animateur qualité traite informatiquement et publie les résultats et les actions d'amélioration projetées. L'EPP sur les troubles du comportement a donné lieu à un formulaire papier utilisé par les équipes.
Les axes d'améliorations envisagés sont de mettre en place des outils afin de rendre systématique une démarche permettant de tracer dans le dossier du patient.
Les résultats sont mis dans des bannettes à la direction. L'encadrement est alors chargé de l'affichage dans les différents services et unités de soins.

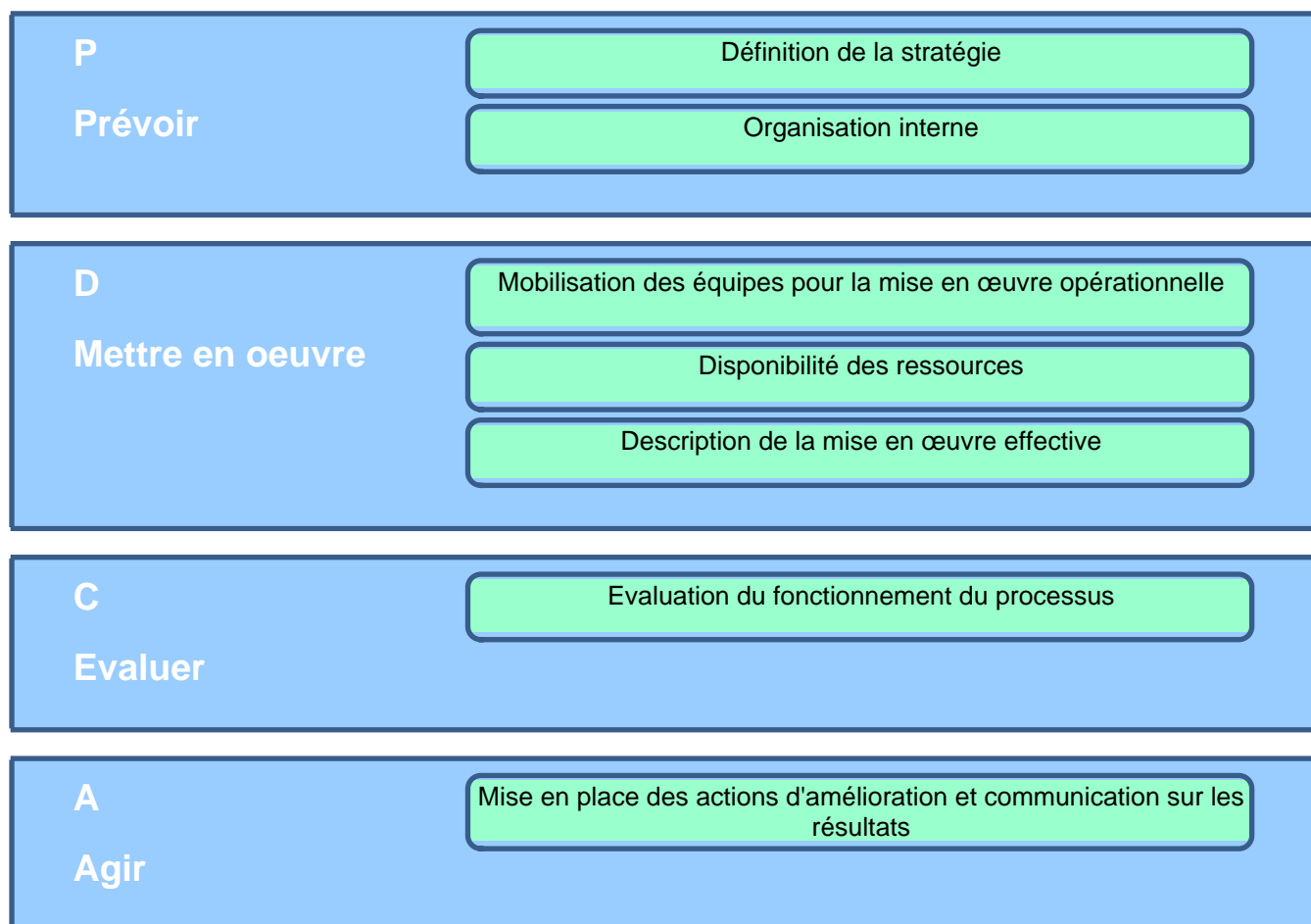
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie institutionnelle développée dans le projet d'établissement 2012-2018 dispose d'un chapitre (Chap.5.3) consacré au dossier patient. Un projet du système d'information est également présent. Ce document intéresse directement la fonction soins de la structure et le dossier médical. L'informatisation du dossier patient est traitée par le projet médical. Il constitue l'un des quatre objectifs prioritaires du Programme d'actions qualité et gestion des risques 2018. Ces orientations ont fait l'objet d'une validation par les instances (CME).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le dossier patient et l'ensemble des fonctionnalités et critères qui s'y attachent : informatisation, archivage, confidentialité, communication. Le pilotage en revient à la direction de l'établissement. Le service qualité y est directement associé. La communauté médicale en est partie prenante. La CME et le CP-CGR en délibèrent. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une politique de formation adaptée à cet objectif est en place ainsi qu'un fond documentaire sous format papier. Le médecin responsable du DIM est l'un des psychiatres de l'établissement. Son action s'articule avec celle du TIM (temps partagé de l'animateur qualité en poste dans l'établissement) ainsi que de la secrétaire médicale de l'établissement. Cette organisation facilite les interfaces internes et le lien entre l'évolution du DPI et le besoin des utilisateurs. La direction prend en charge les relations avec le prestataire externe concernant la maintenance du matériel et la protection du réseau.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les deux infirmières responsables d'unité assurent une sensibilisation permanente des équipes de soins sur le processus et vérifient au quotidien les bonnes pratiques. Elles participent à l'implantation des nouvelles fonctionnalités issues des actions d'amélioration comme dernièrement la fiche "résumé de séjour". Leur action se définit par la déclinaison du processus dans les services. Elles constituent les relais d'information/formation dans leurs unités de soins respectives. De son côté, le TIM assiste, en cas de nécessité, les médecins et la secrétaire médicale. L'ensemble de ces acteurs se coordonne sans difficulté compte tenu de la taille de la structure : les échanges sont directs et permanents. Des réunions sont organisées ponctuellement sur le dossier patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), les locaux (dont salle dédiée de sauvegarde) et équipements (ordinateurs dans les unités de soins et au sein du SIM) sont adaptés et conformes aux buts poursuivis. Les personnels bénéficient d'actions de formation en relation avec la tenue du dossier de soins. Ce fut particulièrement le cas, en période récente, pour l'intégration des transmissions ciblées au DPI. Tout nouvel arrivant reçoit une formation tutorée de 48 heures à sa prise de fonction : l'un des segments porte sur le dossier patient. Les locaux d'archivage des dossiers papier (DPS) sont adaptés. Les procédures de classement (par année et ordre alphabétique) et d'accès permettent une accessibilité simple et sécurisée. La documentation (procédures, guide d'utilisation du dossier patient), actualisée, est directement accessible par les professionnels médicaux et non médicaux dans les unités. Il s'agit de supports papier (classeurs spécifiques). Les équipements informatiques (portables, postes fixes) sont adaptés en nombre aux besoins des services. Les serveurs de sécurité font l'objet d'un renouvellement tous les trois ans.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la tenue et la gestion du dossier patient. Les interfaces entre les unités de soins sont aisées, compte tenu de la proximité des locaux et des liens interpersonnels existant au quotidien.

Le DPI est en place dans l'établissement depuis 1997. Sa mise en réseau date de 2000. Il a fait l'objet de nombreuses migrations. La dernière en date, en 2017, a permis l'édition de la lettre de liaison sortie et la traçabilité de tous les intervenants de soins, dont les transmissions ciblées pour les IDE et aides-soignants. Le DPI intègre un module de prescription. Il est abondé par le logiciel de gestion administrative.

Le DPI coexiste, sans redondance, avec un dossier papier (DPS ou dossier patient séjour). Le DPS est constituée essentiellement des consultations externes (biologie, imagerie), de l'ordonnance d'entrée, ainsi que des documents requérant la signature des patients (c'est le cas du projet thérapeutique).

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier patient pendant toute sa prise en charge. L'accès au DPI est sécurisé : tout acteur de soins de l'établissement se voit attribuer un code d'accès nominatif. Ce code d'accès est différencié selon l'emploi et le métier exercé (médical ou paramédical). Une sauvegarde de l'ensemble des éléments contenus dans le DPI est assurée (deux serveurs en miroir et sauvegarde complémentaire quotidienne par disquette).

L'accès des patients à leur dossier est organisé. Toute demande de communication du dossier patient (24 en 2017) transite pour validation par la direction puis est traitée par le corps médical et le secrétariat médical qui assurent le suivi de la procédure. Le délai d'accès respecte la réglementation.

Les délais de transmission du courrier de sortie sont particulièrement rapides (95% en temps réel de sortie) avec les correspondants externes.

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. Il s'agit de tableaux de bord simples mais tracés tel le suivi des demandes de communication des dossiers et de leur transmission (délai moyen de réponse 2017 est de 3,3 jours).

La base reste les indicateurs nationaux : l'indicateur « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (valeur 2016 : 81% contre 78% en 2014), « tenue du dossier patient » (valeur 2016 : 95% contre 94% en 2014), « dépistage des troubles nutritionnels » (valeur 81% en 2016 contre 78% en 2014).

Les responsables d'unité procèdent à l'analyse critique de cinq dossiers aléatoires chaque mois.

Une EPP est menée sur le dossier patient. Elle est centrée sur la « sortie du patient et la lettre de liaison ».

Le rapport annuel de la CDU fait état de ces résultats.

A / AGIR

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

Des bilans de l'amélioration du processus sont réalisés en continu en interne par la Direction, le service qualité et le DIM. Ces bilans agrégés permettent le développement des actions correctives ou d'amélioration nécessaires.

Le plan d'actions du compte qualité collige des actions d'amélioration au titre du dossier patient.

La communication des actions et des résultats auprès des usagers est réalisée à travers du rapport annuel de la CDU.

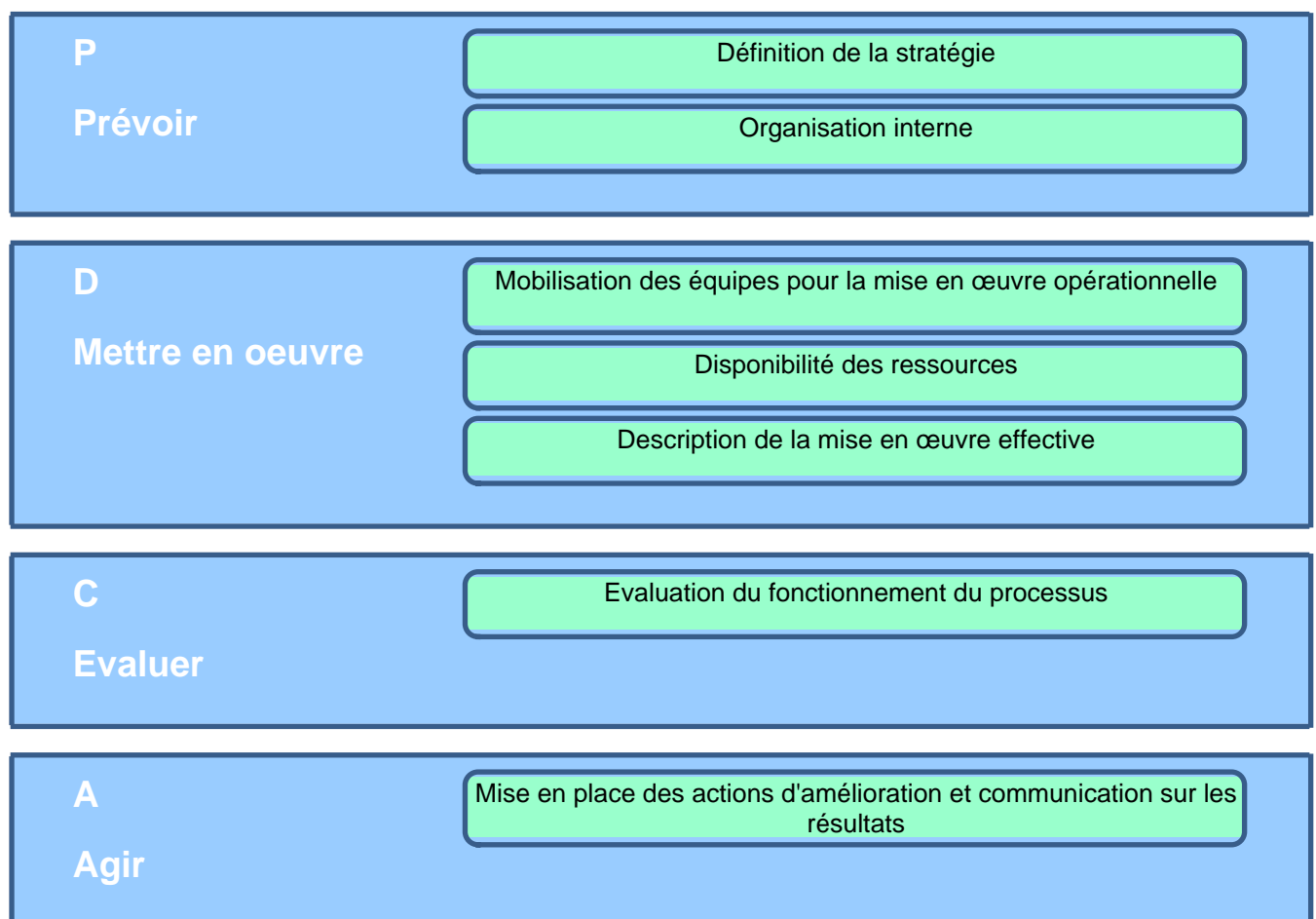
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le projet d'établissement intègre dans sa partie projet médical un paragraphe sur la promotion du bon usage du médicament.

La politique relative à la qualité de la prise en charge médicamenteuse est intégrée dans le manuel d'assurance qualité, elle comporte plusieurs axes de travail déclinés en objectifs opérationnels. Parmi ceux-ci, l'objectif n°13 : "Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse chez les sujets âgés".

Ces objectifs s'appuient sur les différentes pathologies prises en charge, sur les résultats des différents audits sur la sécurisation du circuit du médicament, sur les résultats des indicateurs obtenus et sur la réglementation en vigueur. La cartographie des risques relatifs à ce processus a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire avec pour support l'outil « InterDiag » de l'ANAP. Les risques ont été hiérarchisés et validés en Comité de PILOTAGE - Cellule de Gestion et de prévention des Risques (CP-CGR).

Un plan d'action concernant le processus de prise en charge du médicament a intégré le PAQSS qui a également été alimenté par les objectifs du Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) signé par la CPAM des alpes maritimes, l'ARS PACA et l'établissement en 2017. Les actions du PAQSS sont donc hiérarchisées, soumises à des échéances et des responsables identifiés.

ORGANISATION INTERNE

La politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est définie par la CME sur proposition du Responsable de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse avec la participation de la pharmacienne responsable de la PUI, et l'approbation du coordinateur des risques associés aux soins et de la Direction. L'établissement a fait le choix d'intégrer le COMEDIMS directement dans le (CP-CGR).

Les axes de travail définis dans le manuel de management de la prise en charge médicamenteuse sont :

- Entretien du système de management de la qualité spécifique à la prise en charge médicamenteuse en conformité de l'arrêté du 6 avril 2011,
- Assurer la satisfaction aux autres exigences spécifiées (réglementaires, internes, liées aux patients ou aux prestataires de soins),
- Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la maîtrise des risques de la prise en charge médicamenteuse.

Le processus à trois pilotes qui sont respectivement le Président de la CME (cumulant les fonctions de responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, matériovigilant et pharmacovigilant), de la pharmacienne responsable de la PUI et de la surveillante générale.

La taille de l'établissement, la présence de la pharmacienne à mi temps, son implication dans les différentes commissions et sa présence dans les étages assurent des circuits de communications courts et une interface régulière avec les équipes soignantes et la direction de l'établissement.

Par ailleurs, les deux cadres responsables d'unités sont les référents pharmacie.

La PUI a fait l'objet d'une autorisation de transfert en 2017 lors de la modernisation d'un bâtiment.

La gestion documentaire concernant le circuit du médicament est diffusé sous forme de classeurs dans les deux unités. La gestion documentaire est en cours d'informatisation, facilitée récemment par l'augmentation du nombre de postes informatique (suite à la mise en place du DPI). Les médecins et IDE ont accès à internet comme base de données médicamenteuse et à un Vidal version papier.

Le circuit du médicament est informatisé, de la prescription à la validation de l'administration et est intégré dans le dossier de soins informatisé.

La maintenance du matériel informatique et la sécurisation du réseau est confiée à un prestataire externe.

Du fait de la monoactivité de l'établissement, les dispositifs médicaux sont peu nombreux, les seuls faisant l'objet d'un suivi étant le défibrillateur et l'ECG.

Le plan de formation de l'établissement prévoit des sensibilisations au processus "circuit du médicament".

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

La surveillante générale et les deux responsables d'unités sont chargés de l'application des actions qualité au sein de leurs services et du contrôle de la traçabilité, ce que rappellent leurs fiches de postes "Mission générale... référente pour le service de soins", dont elles sont responsables des relations avec la PUI.

Les professionnels sont investis dans les évaluations de pratiques et dans les groupes de travail ayant

bâti les différentes cartographies. Ils ont participé à plusieurs REMED (analyse des erreurs médicamenteuses) en 2017. Les actions d'amélioration issues de celles-ci sont mises en œuvre par les mêmes professionnels. Ainsi, plusieurs actions permettant de lutter contre les ruptures de tâches pendant l'administration ont impliquées les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La clinique La Grangéa dispose des effectifs nécessaires à l'accomplissement de ces missions. La responsable de la pharmacie travaille à 60%, remplacée pendant ses congés.

L'ensemble du personnel paramédical est formé aux gestes d'urgence.

Le personnel (12 IDE sur 14) a été sensibilisé à la sécurisation du circuit du médicament par la pharmacienne et formé à la déclaration des erreurs médicamenteuses.

Une fois par mois, le président de CME organise une réunion pluriprofessionnel concernant un cas clinique. C'est l'occasion d'aborder les différentes classes thérapeutiques et les effets secondaires.

Les bureaux infirmiers où sont stockés les armoires de médicaments et le réfrigérateur sont adaptés, le matériel est en bon état et régulièrement entretenu.

En cas de nouvel arrivant, il y a un tuteur dans un premier temps pour apprendre les bonnes pratiques puis un second temps ou le « tuteur » est un peu en retrait. Après cette période d'évaluation, le nouvel arrivant est considéré comme formé au logiciel et aux bonnes pratiques.

Chaque administration médicamenteuse permet à une IDE de se détacher pour ce soin. Les bureaux infirmiers ont été aménagés de manière à ce qu'un guichet donne sur le couloir où les patients viennent chercher leur traitement. L'informatisation de la prescription permet d'avoir pour tous les mêmes supports de prescription et une conformité de la rédaction de celles-ci, ce que confirment l'indicateur IQSS 2016 correspondant et l'indicateur Hôpital Numérique correspondant.

La documentation qualité est accessible, et est essentiellement sous forme papier et intégrée dans différents jeux de classeurs, disponibles dans chaque bureau.

Elle comprend les règles de gestion des médicaments personnels, les règles de gestion des toxiques, la procédure de continuité et de reprise de l'activité en cas de panne informatique.

Des fiches de bon usage des médicaments, ou d'aide aux familles ("un de vos proche souffre de dépression", par exemple) peuvent être remis aux patients. Lors des séances d'AEP (Actions Éducatives aux Patients), des conseils sur la compliance et la gestion du traitement sont donnés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit du médicament suit les étapes suivantes.

L'établissement prend appui sur une centrale d'achat pour son approvisionnement.

En cas de rupture ou de changement de traitement inopiné, la dotation des unités est suffisante pour garantir la délivrance au patient. Si nécessaire, un stock tampon existe ainsi qu'une convention de mutualisation ressources des PUI avec une clinique de Grasse.

Les livraisons s'effectuent dans un sas sécurisé et vidéo surveillé.

Le matériel d'urgence vitale est vérifié régulièrement ainsi que les bombonnes d'oxygène. On trouve dans l'établissement un chariot d'urgence mais aussi un sac à dos et une bombonne d'O² de plus petit calibre pour une intervention éventuelle dans le parc de l'établissement (7ha).

A l'admission, la prescription est rédigée par le psychiatre traitant du patient sur le logiciel dédié. Une conciliation entre le traitement existant et la nouvelle prescription est effectuée.

Dans le cadre du CAQES, l'établissement souhaite mieux tracer les conciliations médicamenteuses effectuées en priorisant les personnes âgées.

La pharmacienne réalise l'analyse pharmaceutique dans 100% des cas, le cas échéant, le logiciel intègre une messagerie permettant de dialoguer avec le prescripteur. Elle a accès aux données biologiques de chaque patient. Les alertes descendantes (ANSM, laboratoires) sont réceptionnées sur un fax dédié. L'alerte est alors transmise au pharmacovigilant et à la pharmacienne qui se charge des éventuels retraits de lot.

La livraison dans les unités se fait de manière globale et journalière pour les spécialités psychotropes et de manière hebdomadaire nominative pour les médicaments intercurrents et les spécialités à risque. La chaîne du froid est respectée le cas échéant par du matériel spécifique. Les stupéfiants sont directement mis dans le coffre de chaque unité par la pharmacienne.

Tous les blisters sont ré étiquetés pour permettre de garder l'information relative à la péremption. Les piluliers sont préparés par les infirmiers de nuit.

L'administration est effectuée au guichet, après une ultime vérification des piluliers, permettant de préserver la confidentialité et d'échanger avec le patient sur son traitement et le déroulement de sa demi-journée, puis de valider en direct sur l'informatique, l'administration médicamenteuse.

Les règles de rangements, stockage et nettoyage (planning de maintenance) sont mises en œuvre et une traçabilité des actions est contrôlée par l'encadrement.

Le courrier de sortie, informatisé, comporte le traitement d'entrée et le traitement de sortie ce que confirme l'indicateur IQSS correspondant.

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. Une action d'évaluation des pratiques professionnelles concerne le circuit du médicament. Il s'agit d'une seule EPP sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée mais basée sur :

- Le recueil d'indicateurs de pratiques cliniques concernant la poly médication chez les personnes âgées,
- La prescription de benzodiazépines à demi-vie longue chez la personne de plus de 65 ans,
- La prévention des chutes,
- La conciliation médicamenteuse.

Les erreurs médicamenteuses sont analysées en équipe pluriprofessionnelles par la méthode REMED.

Outre les indicateurs nationaux, l'établissement suit des indicateurs locaux comme le TOP TEN des produits les plus coûteux, les plus couramment utilisés...

La consommation d'antibiotiques ou le taux de réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème et la 72ème heure sont également suivis.

Des audits sur la teneur des piluliers, l'administration médicamenteuse et la validation de celle-ci sont effectués par la pharmacienne.

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 PAQSS de l'établissement.

Du fait de sa taille, la communication des résultats d'audits et des actions d'amélioration est essentiellement orale et sous forme papier. L'animateur qualité traite informatiquement et publie les résultats et les actions d'amélioration projetées.

Les résultats sont mis dans des bannettes à la direction. L'encadrement est alors chargé de l'affichage dans les différents services et unités de soins.