



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE PAUL CEZANNE

**929, route de gardanne
13105 Mimet
MARS 2016**

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	7
1. NIVEAU DE CERTIFICATION	7
2. DÉCISION	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	7
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	7
6. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	13
PARCOURS DU PATIENT	16
DOSSIER PATIENT	20
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	23

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

CENTRE PAUL CEZANNE	
Adresse	929, route de gardanne 13105 Mimet
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	130002660	CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE	929, route de gardanne 13105 Mimet
Etablissement de santé	130786932	CENTRE PAUL CEZANNE	929, route de gardanne 13105 Mimet

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	80	20

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS - Val Prévert
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Hôpital de jour pneumologie - Novembre 2012 Hôpital de jour Locomoteur - Mai 2014

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement avec recommandation.

2. Décision

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse 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.

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé 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 dans un délai de 24 mois (novembre 2016).

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	Personne âgée	SSR HC	Locomoteur	Programmé	Ayant eu de la balnéothérapie	SSR
2	Adulte	SSR HDJ	Pneumologie	Programmé	/	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

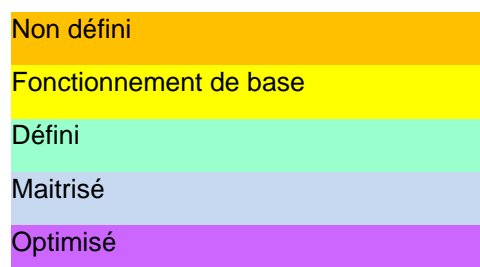
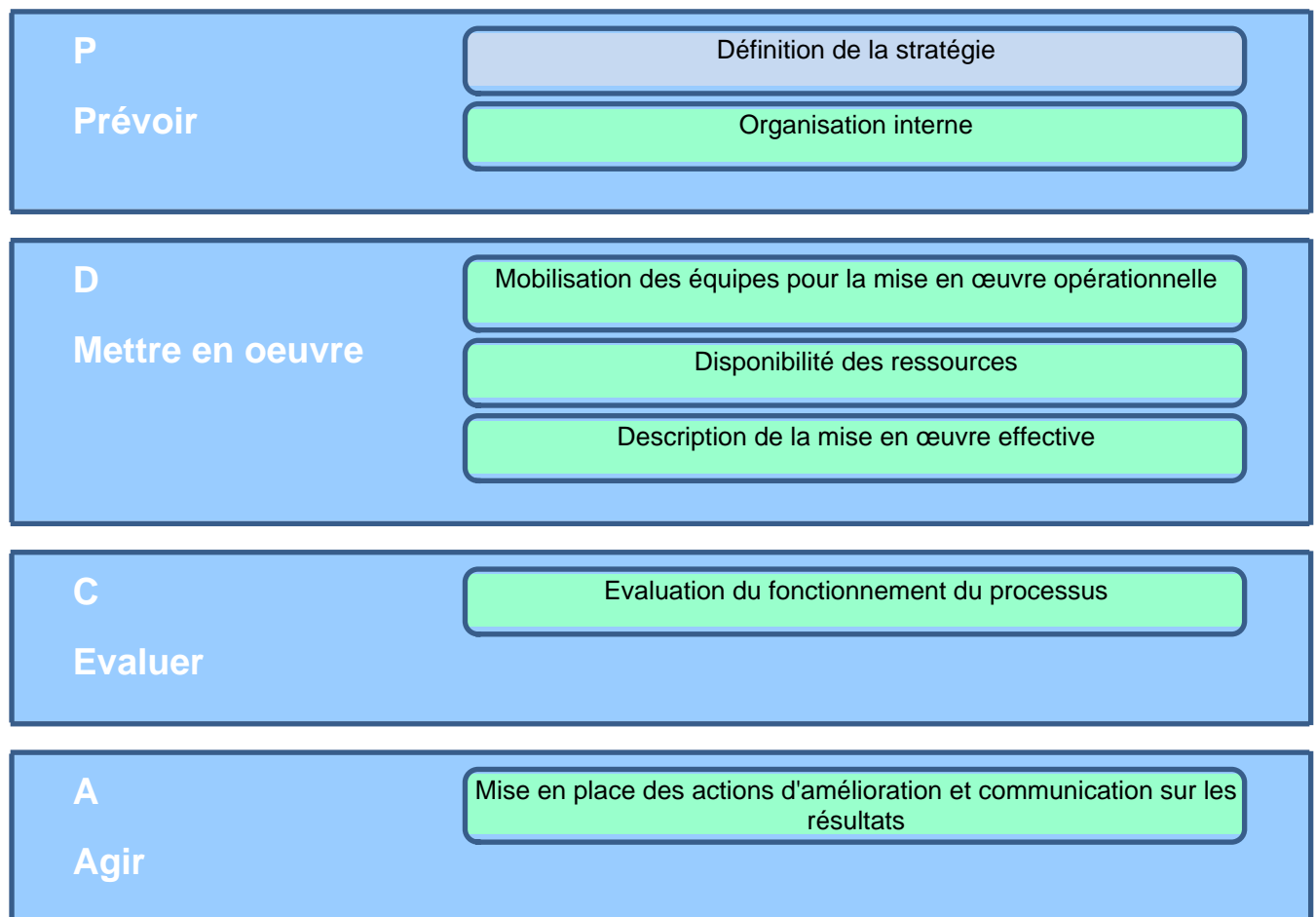
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique 2013-2015, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Cette politique a été élaborée en équipe pluridisciplinaire, prenant en compte la charte du patient hospitalisé, l'EPP et le DPC. Elle est déployée sur l'ensemble de l'établissement. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques formalisés dans un plan d'actions, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités du Centre Paul Cézanne. Cette politique a été mise en place et validée par les instances. Une note stratégique a été mise en œuvre en janvier 2014. Un rapport annuel d'étape du CPOM 2012-2016 est réalisé. La méthodologie de la cartographie des risques institutionnelle est définie.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qualité/gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste ou missions des professionnels. Le pilotage de la démarche qualité est effectué par une directrice qualité et un qualicien en lien avec le président de la CME, le corps médical et soignant, la directrice et le président. Ce COPIL se réunit une fois par semaine ou plus en cas de préparation de certification, en lien avec la CME, au regard des besoins et risques identifiés a priori et a posteriori. Il existe une direction qualité/GDR intégrant le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. L'ensemble de la gestion documentaire est informatisé, y compris le signalement des événements indésirables. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus via le logiciel de gestion documentaire et Intranet. La mise en œuvre informatique que ce soit la gestion documentaire, et le dossier patient date de 2004 avec une refonte en 2011. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du Centre Paul Cézanne organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels reposant sur une concertation au sein de l'établissement. Une direction qualité/GDR existe, la mobilisation des équipes permet la mise en place concrète sur le terrain. Les équipes médicales et soignantes sont impliquées dans le déploiement de la démarche qualité. Les représentants des usagers sont associés aux projets institutionnels. La communication entre professionnels est réalisée par les logiciels mis en place pour la gestion documentaire et par l'intermédiaire du dossier patient en interne et en externe grâce aux tablettes informatiques mises à dispositions des personnels de gardes médicaux ou administratifs. La direction en collaboration avec le président de la CME s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et réglementaires. Les résultats des divers travaux, dont la certification sont communiqués aux équipes et aux instances dont la CRU. Il est constaté que le compte qualité, nouvellement en œuvre n'est pas approprié de l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient et la gestion documentaire sont entièrement informatisés, y compris le signalement des événements indésirables. Il existe un plan de formation des professionnels et à présent un centre e-learning permettant de réaliser le DPC. La direction qualité/GDR sensibilise et forme les professionnels aux techniques d'investigation et de traitement des événements indésirables et de la gestion des risques. Il est mis en œuvre des comités de retour d'expérience. Le dispositif informatique de gestion documentaire et du dossier patient sont accessibles, opérationnels, connus de l'ensemble des professionnels du Centre Paul Cézanne.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. La coordination des vigilances et la veille sanitaire est assurée. Le projet de service traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques. Des EPP sont réalisées, une RMM est programmée pour juin 2015. L'ensemble des acteurs du Centre Paul Cézanne est associé à la mise en œuvre et au suivi des démarches de certification et projets qualité. Les représentants des Usagers sont présents et impliqués dans la démarche qualité, dont la certification. La traçabilité de présence est assurée. Les plaintes et réclamations sont analysées et traitées, le résultat de l'analyse débouche sur un plan d'action. L'évaluation de la satisfaction des Usagers est réalisée, notamment par le biais des questionnaires de sortie, montrant un

taux de retour de plus de 22%. L'ensemble des résultats est communiqué lors des réunions institutionnelles, dont la CRU. La rencontre des représentants des Usagers a permis de vérifier leur investissement dans leur mission.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la démarche qualité, notamment la certification sont assurés par le pilote du processus en lien avec la direction qualité/GDR. Des indicateurs et tableaux de bord sont mis en œuvre. Les résultats sont communiqués aux professionnels. L'organisation de l'EPP, du DPC, de la qualité/GDR est inscrite dans la politique, le CPOM et le projet d'établissement. Le programme qualité/GDR est évalué.

A / AGIR

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

Suite à l'application de la politique qualité/GDR, au suivi de la mise en œuvre du programme qualité/GDR, un réajustement est engagé si besoin. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suite au réexamen des risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations 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 est réalisée précisant l'avancée du plan d'action mis en place, en interne par le logiciel de gestion documentaire, Intranet, affichage, comme en externe auprès des Usagers via le site Internet.

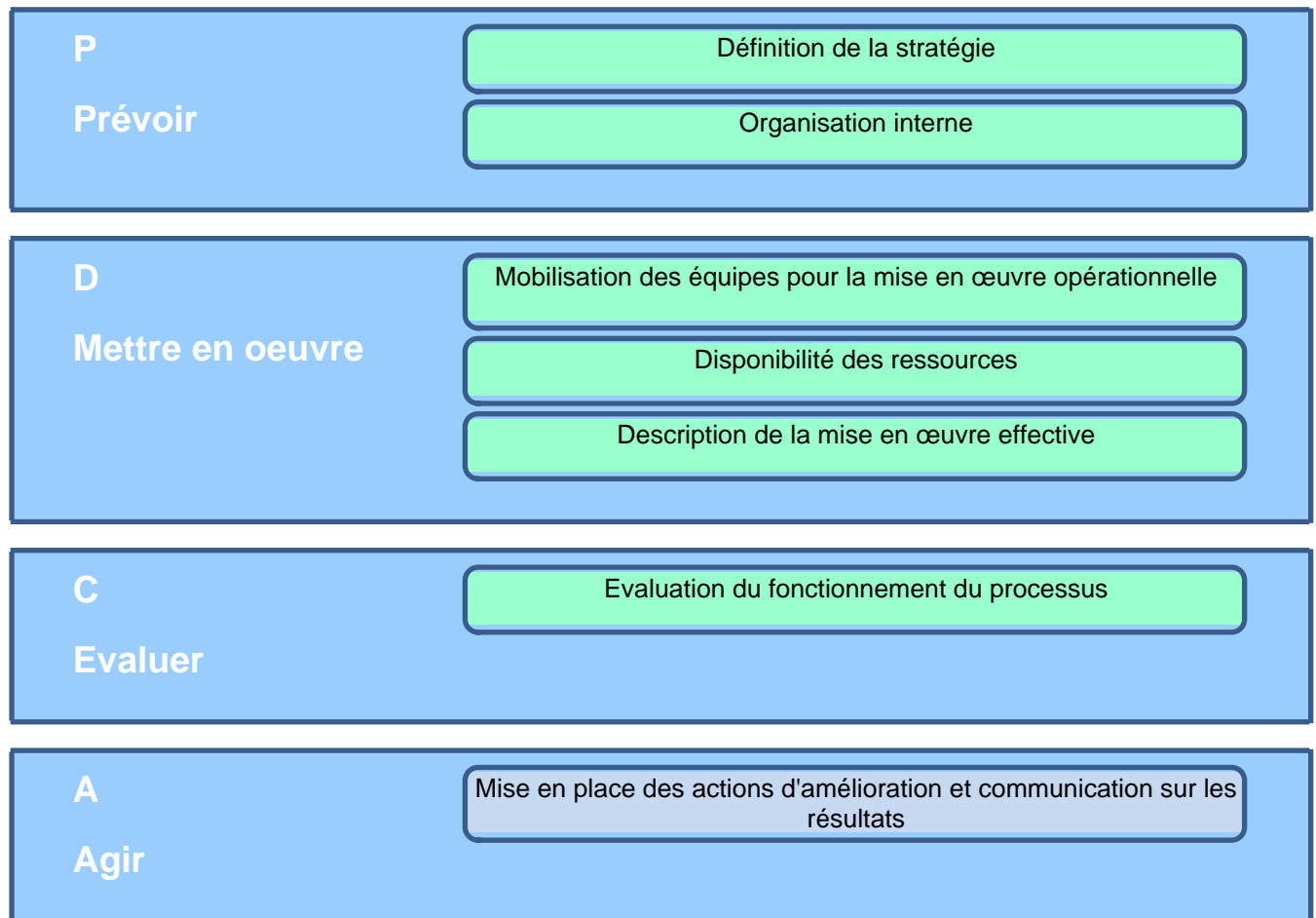
DROITS DES PATIENTS

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

Au Centre Paul Cézanne, il existe une politique généralisée intégrant les droits des patients, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques inscrits dans le plan d'action institutionnel, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'Il y a une forte implication des représentants des Usagers sur l'établissement, ces derniers organisent des permanences au sein de la structure et sont présents, au sein de l'instance de la CRU et des groupes de travail notamment liés à la certification.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus "droits des patients". Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés pour organiser ce processus : CRU, représentants des Usagers, comité d'éthique au niveau stratégique. Des groupes de travail, initiés par le président de la CME et la direction qualité/GDR sont mis en place pour satisfaire les besoins des Usagers. Un groupe de travail est organisé sur la thématique de la bientraitance animé par le président de la CME et la direction. Les droits des patients sont garantis. La CRU est opérationnelle. Au regard des besoins et risques identifiés, le Centre Paul Cézanne s'assure des ressources humaines à mettre en place et des formations à prévoir. Des actions de communication sont mises en œuvre pour former, sensibiliser les professionnels sur la politique de bientraitance, sur les risques identifiés ou pour l'ensemble du management du processus "droits des patients". Il existe des procédures sur la prévention et sur le signalement des cas de maltraitance avérée. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les différents services. Il existe une procédure sur le signalement des cas de maltraitance avérée. Il n'existe pas de procédure spécifique sur l'annonce des dommages associés aux soins. En effet, l'établissement n'a pas formalisé de procédure sur l'annonce d'un dommage lié aux soins. Les professionnels concernés n'y ont pas été formés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Il existe une gestion des plaintes et réclamations, y compris orales.

D / METTRE EN ŒUVRE

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 direction du Centre Paul Cézanne s'assure de la conformité des pratiques pour l'ensemble des services, permettant ainsi d'assurer une prise en charge optimale dans le respect de la politique de bientraitance mise en œuvre. Elle est déclinée en objectifs et plans d'actions opérationnels, déployée par l'implication des équipes, notamment par des informations régulières (réunions d'équipes, logiciel de gestion documentaire, Intranet). Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La documentation est disponible sur le site Intranet ou le logiciel de gestion documentaire, mis à disposition pour l'ensemble des professionnels. Il est donné la possibilité aux accompagnants de manger et dormir sur place en cas de besoins. Il y a sur l'établissement des chambres seules et doubles dans le second cas tout est mis en œuvre pour garantir la confidentialité, la dignité du patient accueilli.

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. La direction a mis en place en collaboration avec les médecins et soignants des projets de soins adaptés aux problématiques rencontrées. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les acteurs sont associés (équipes, instances, Usagers, patients). La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs sont mis en place et suivis. Ils permettent de suivre le respect des droits des patient tout au long du parcours d'hospitalisation : nombre de livrets d'accueil remis, information sur les modalités de la personnes de confiance, sur le recueil des directives anticipées, recueil et analyse des questionnaires de satisfaction lors de la sortie du patient. Les résultats sont communiqués aux professionnels et au Usagers.

A / AGIR

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

Un plan d'action général est mis en place. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations 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 est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des Usagers, par le biais de la CRU et des autres instances. Les représentants des Usagers sont tenus informés par la direction des projets et plans d'actions mis en place. Les résultats sont communiqués aux équipes lors des réunions ou via le logiciel de gestion documentaire ou Intranet.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

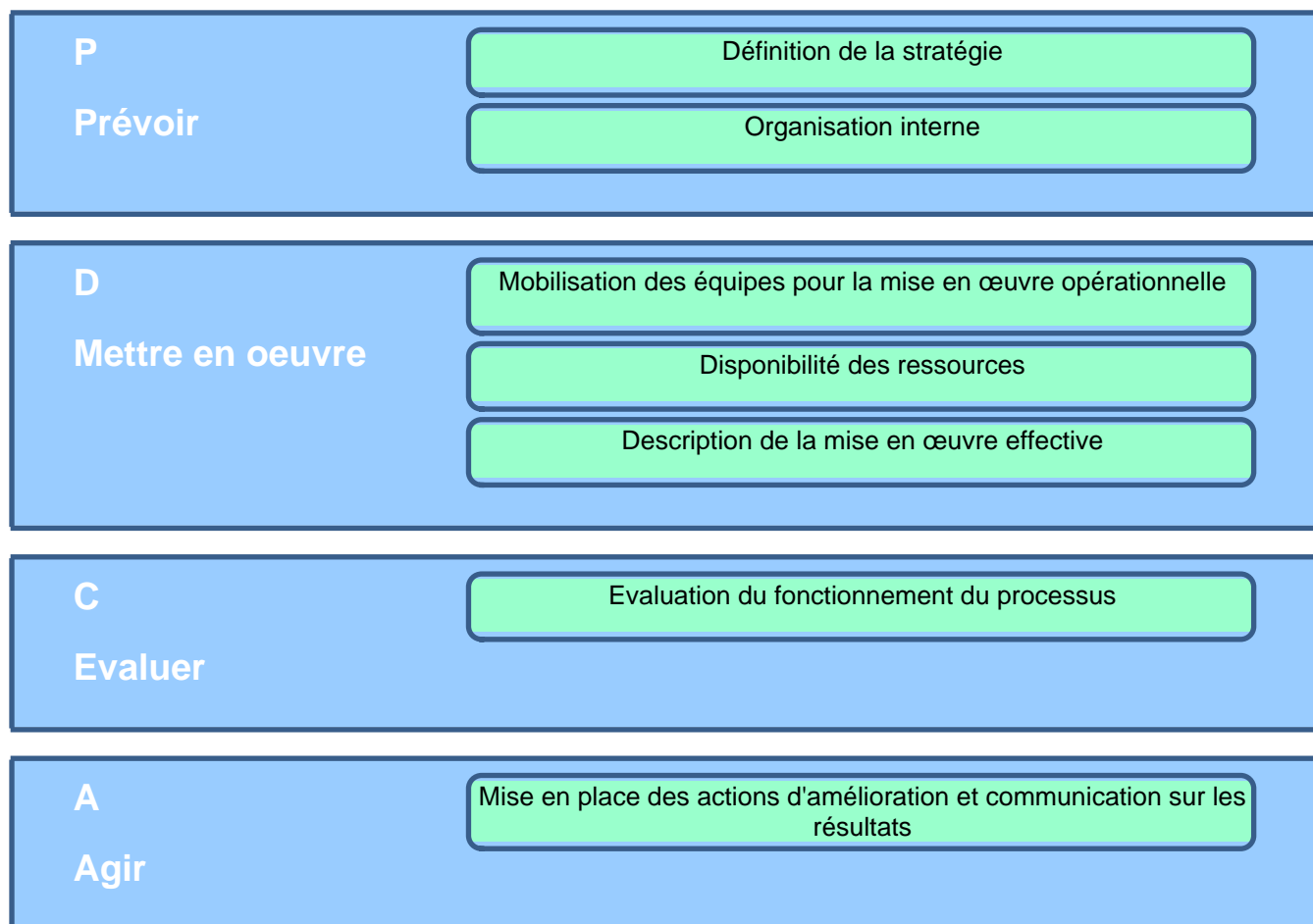
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une politique générale intégrée au Centre Paul Cézanne, élaborée sur l'identification des besoins et l'analyse du processus parcours patient réalisée sur la base du projet établissement, du CPOM 2012-2016, du Projet Régional de santé (PRS), de divers audits menés et par la réalisation du compte qualité. Ce parcours s'adresse aux personnes en rééducation du système locomoteur, respiratoire et neurovasculaire. Cette politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les valeurs du Centre Paul Cézanne suivent les orientations stratégiques mises en place.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus "parcours patient" du Centre Paul Cézanne est assuré par le président, la directrice, en collaboration directe avec le président de la CME. Le pilotage opérationnel est assuré par la direction qualité/GDR, l'encadrement. Des besoins et risques sont identifiés, notamment suite à l'élaboration du compte qualité et de la cartographies des risques a priori. L'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines et effectifs en place. La gestion documentaire, ainsi que le dossier patient sont entièrement informatisés. Des documents de prise en charge sont transmis aux patients : livret d'accueil, divers autres supports d'information. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les services (tablettes informatiques sécurisées).

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. Des actions de communication sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus "parcours patient tout au long de la prise en charge". La direction en collaboration avec le président de la CME s'assure de la conformité des pratiques selon les dispositions prévues au Centre Paul Cézanne, notamment sur la remise du livret d'accueil, sur l'évaluation initiale du patient, sur l'évaluation des risques à l'entrée (risque suicidaire, chute, douleur, IMC). Cette déclinaison repose sur une concertation favorisant l'implication des équipes, notamment par des informations régulières, par le suivi des questionnaires de sortie et des événements indésirables déclarés. Des réunions d'équipes, des transmissions sont en place. Un plan d'EPP est mis en œuvre, un projet de réalisation d'une RMM est programmé pour le mois de juin prochain. Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations est en place. Les résultats sont communiqués aux équipes, ainsi qu'aux représentants des Usagers, notamment lors de la CRU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences permettent d'assurer une continuité des soins de prise en charge des patients optimale et sécuritaire, y compris en dehors des heures ouvrables par un système d'astreinte organisé. Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales. Des documents qualité (procédures, protocoles, fiches d'enregistrement) sont disponibles entièrement dématérialisés pour l'ensemble des professionnels et sur l'ensemble de l'établissement. Le système d'information déployé est opérant et innovant (tablettes informatiques), permettant d'assurer une prise en charge de qualité, sécurisée sur tout le parcours de soins. Un matériel d'urgence vital est mis en place dans chaque service, de même un défibrillateur automatique est à disposition du public à proximité de l'entrée du Centre Paul Cézanne. Un système de tablettes informatiques est à disposition des médecins et directeurs. Cet outil permet aux médecins de réaliser une prescription conforme à distance avec une signature électronique. Ce système est relié à l'établissement. La continuité des soins 24h/24 par un système d'astreintes médicale, administrative et technique est opérationnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient est réalisé selon les modalités définies : remise du livret d'accueil, adaptation à la population. Le Centre Paul Cézanne met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. L'accueil de l'entourage est organisé (lits d'accompagnant à disposition en cas de demande). Les évaluations : douleurs, dépistage des troubles nutritionnels, identification du risque suicidaire et appels aux divers professionnels compétents sont effectives tout au long du parcours de soins. Toutes mesures, notamment de limitation de liberté sont prescrites, plusieurs éducations thérapeutiques sont réalisées pour la population accueillie. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les événements indésirables sont déclarés et analysés. La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés au moyen d'indicateurs nationaux, par l'analyse des risques et l'identification des besoins du compte qualité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration correspondantes aux risques et besoins identifiés dans le compte qualité sont conduites, avec si nécessaire, mise en œuvre d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations sont intégrées et articulées avec le programme global d'actions du centre Paul Cézanne. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des Usagers, via les diverses instances, dont la CRU.

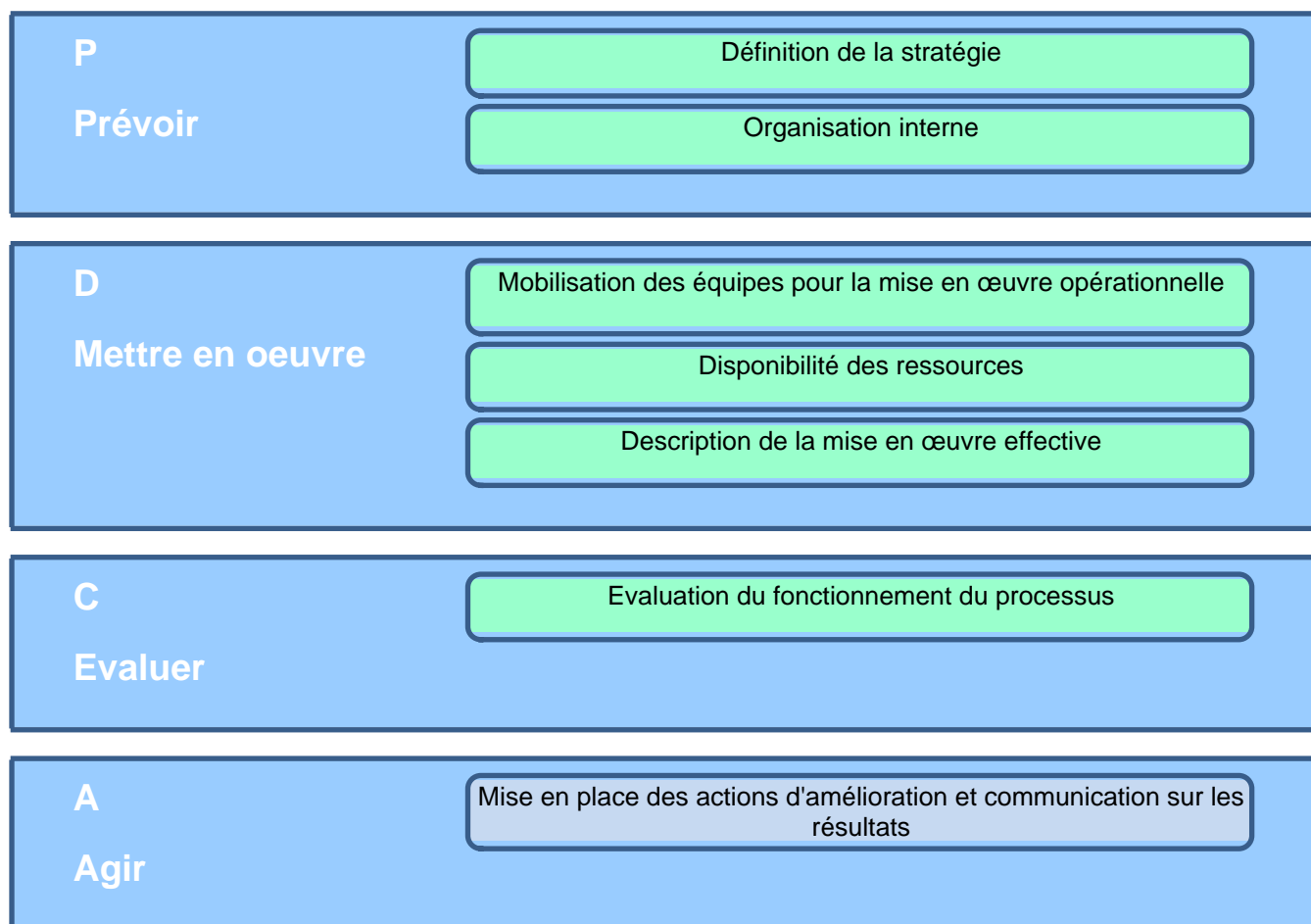
DOSSIER PATIENT

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 de gestion du dossier patient élaborée sur la base de la réglementation, d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et spécificités de l'établissement. La politique du dossier patient fait partie de la politique générale du Centre Paul Cézanne.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Paul Cézanne a mis en place une organisation pour piloter le processus du dossier patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le président, la direction, la direction qualité, les cadres de santé et les médecins, en étroite collaboration avec le médecin DIM se chargent de ces missions. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, dès la signature du contrat de travail, le nouveau professionnel reçoit une signature et une clef électronique lui permettant d'accéder aux données informatiques. Les droits attribués pour accéder au dossier informatisé sont complets pour les médecins, limités pour les IDE. Dès le départ d'un professionnel les droits sont automatiquement annulés. Une formation des nouveaux arrivants à l'utilisation des moyens informatiques est réalisée. Il existe une procédure dégradée en cas de dysfonctionnement d'un serveur. La gestion documentaire est prévue. Les modalités d'accès au dossier patient sont définies. L'accès au dossier patient est organisé en respect de la réglementation en vigueur. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité et services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation au sein de l'établissement favorisant l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Un plan de reprise d'activité en cas de dysfonctionnement est organisé. Au niveau de chaque service, le cadre s'assure de la conformité des pratiques en rapport avec les procédures mises en œuvre. Tout dysfonctionnement est signalé via la fiche de signalement des événements indésirables. Des actions correctives sont mises en œuvre. L'avancée de la résolution du problème est communiquée en direct aux équipes via le logiciel de gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Chaque nouvel arrivant est formé à l'utilisation du dossier patient informatisé, ainsi qu'au logiciel de gestion documentaire. Des postes informatiques mobiles sont à disposition des professionnels. Le nombre d'équipements informatiques garantit à chaque professionnel la possibilité de tracer le recueil des données des éléments constitutifs de sa prise en charge en temps réel. Les postes informatiques disposent d'une mise en veille des écrans permettant de préserver la confidentialité des données affichées. Tous les documents qualité nécessaires à la gestion du dossier patient informatisé sont accessibles sur le portail informatique. Le médecin DIM est présent sur le site tous les mardis, il dispose d'une tablette reliée au serveur de l'établissement pouvant assurer une gestion à distance en temps réel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modes opératoires et circuits définis sont connus et appliqués. L'articulation des divers services fonctionne. L'accès aux données est garantie pour toutes les professions réglementées (médecin, IDE, Kiné, ...). La totalité du dossier suit le patient tout au long de son parcours. Chaque pièce du dossier patient est identifiée, datée. Les prescriptions médicales sont conformes aux exigences réglementaires. L'attribution des droits d'accès au dossier informatisé permet de le limiter aux seuls soignants concernés par la prise en charge. Dans les services visités, les dossiers sont suivis. Toutefois, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas tous tracés en temps utile dans le dossier du patient. En effet, dans le service d'hospitalisation conventionnelle locomoteur, la traçabilité de la prescription médicale d'examen radiologique n'est pas effective dans le dossier investigué du patient traceur. Un cliché radiologique du genou opéré a été effectué en vue de la consultation chirurgicale post opératoire réalisée en cours d'hospitalisation du patient sans que l'on puisse retrouver la prescription médicale correspondante. Par ailleurs, la traçabilité de la douleur n'est pas retrouvée dans la synthèse d'entrée d'évaluation initiale du patient, réalisée par le médecin avant la séance de rééducation

respiratoire en HDJ respiratoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par la surveillance des indicateurs nationaux IQSS. Les résultats obtenus indiquent des résultats satisfaisants, 96/100 pour la tenue de dossier et 100/100 pour le délai d'envoi du courrier de sortie, pour la campagne de recueil 2014. Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais du logiciel documentaire, de la CME, des réunions qualité/cadre, lors des instances et de la CRU.

A / AGIR

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

Lors des bilans d'étapes, il est réalisé un suivi des actions d'amélioration conduisant à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires en fonction des résultats obtenus des diverses investigations menées. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel du Centre Paul Cézanne. Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais du logiciel documentaire, de la CME, des réunions qualité/cadre, lors des instances de la CRU et par le biais du site Internet.

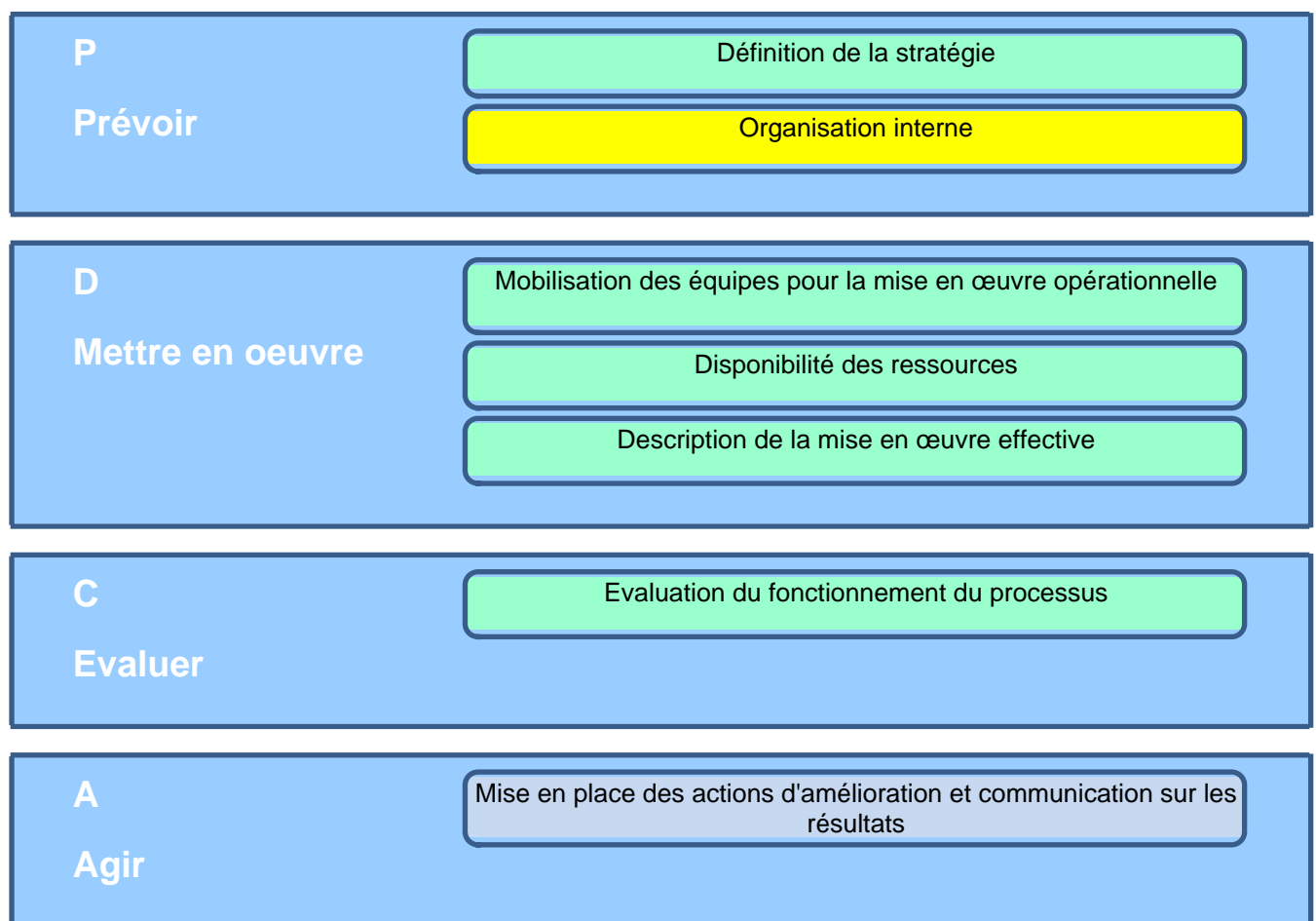
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et les objectifs liés sont élaborés sur la base d'une cartographie des risques. Des groupes de travail ont identifié les risques spécifiques liés à l'activité du Centre Paul Cézanne tels que les patients sous oxygène, sous anticoagulants, les personnes âgées sous antalgiques ou sous hypnotiques. Toutefois, la cartographie des risques reste partielle. En effet, le risque infectieux n'apparaît dans les documents de référence et dans le programme d'action qui en découle. La hiérarchisation des risques liés au circuit du médicament, selon le document qualité validé en janvier 2014 "Échelles de qualification des risques", n'apparaît pas dans les documents de référence. La cartographie des risques et le plan d'action du COMEDIM se réfèrent à une autre méthode selon une "zone d'acceptabilité" à 3 niveaux ne permettant pas de prioriser les actions. Le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse traduit les objectifs du COMEDIM en plan d'action d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La responsabilité du management de la prise en charge médicamenteuse est assurée par un binôme pharmacien et médecin. Cependant, toutes les missions et responsabilités ne figurent pas dans une fiche de poste. La pharmacienne ne dispose pas de la fiche de poste spécifique précisant qu'elle est responsable de la politique du médicament dans l'établissement. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles et dispositif de gestion documentaire) nécessaires. 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, transferts inclus, est organisée. Toutefois, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas toutes définies en cohérence avec la réglementation. En effet, la réglementation concernant l'accès à la PUI en l'absence d'un pharmacien n'est pas toujours respectée pour palier à un éventuel besoin de médicament en urgence. Une clé de la PUI est mise à disposition des médecins dans une petite armoire vitrée à l'accueil afin qu'ils puissent accéder à la PUI le week-end par exemple, en dehors des temps de présence de la pharmacienne, en brisant la glace à l'aide du petit marteau prévu à cet effet. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en plan d'action opérationnel. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus "prise en charge médicamenteuse" notamment à partir d'une formation en e-learning éligible au DPC à laquelle 21 personnes sont déjà inscrites en 2015. La pharmacienne et les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment procédures, protocoles et consignes. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La documentation est accessible notamment sous format électronique, actualisée et connue.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). La traçabilité est assurée. Cependant, les pratiques de traçabilité de la vérification des chariots d'urgence vitale ne permettent pas toujours d'en garantir la conformité. La traçabilité effectuée par les infirmières lors des contrôles des chariots d'urgence vitale ne fait pas apparaître le numéro du scellé mis en place pour les verrouiller. Un des chariots ne permet pas l'utilisation de ce dispositif sécurisé, ce qui ne garantit pas la validité des contrôles réalisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par la pharmacienne, pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs et tableaux de bord). Les résultats sont communiqués aux professionnels.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations 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 est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.