



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

**CENTRE DE GERIATRIE SAINTE THERESE**

Route nationale 8 - 83330 - Le Beausset

NOVEMBRE 2012

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suivi de la décision	13
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	14
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	15
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	16
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	18
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	23
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	24
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	30
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	32

# PREAMBULE

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

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

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

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

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

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

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

# 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE DE GERIATRIE SAINTE THERESE

**Adresse :** Route nationale 8  
83330 Le Beausset VAR

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	80	0	0

Nombre de sites.:	Un seul site.
Activités principales.:	SRR polyvalent depuis 2010, orientation gériatrique.
Activités de soins soumises à autorisation.:	SSR
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention de coordination de la prévention des infections nosocomiales de l'Est des Bouches du Rhône et de l'Ouest Varois (novembre 2004).</li> <li>- Convention de la CRAM du Sud-est d'aide au retour à domicile après hospitalisation.</li> <li>- Convention de coopération, de partenariat et de complémentarité avec le Centre Hospitalier de La Ciotat (01/1999).</li> <li>- Convention de coopération, de partenariat et de complémentarité avec la Polyclinique des Fleurs à Ollioules (09/2008).</li> <li>- Plusieurs conventions avec des EHPAD.</li> <li>- Autres conventions (Clinique La Licorne, Centre Hélio-Marin de la Côte d'Azur).</li> </ul>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

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



Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

## 1. Les décisions par critères du manuel

## 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 en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité 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.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Oui

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.  
Les procédures sur le circuit des déchets, la collecte et l'élimination des DASRI et l'évacuation des déchets des étages ont été formalisées. Un audit effectué par le COCLIN a permis la mise en place d'actions d'amélioration.

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

En grande partie

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité au niveau des installations, des équipements, des consignes ; mais la formation du personnel au titre de l'incendie n'a pas été réalisée en 2009. Par contre en 2010, plus de la moitié du personnel a été formée par un organisme extérieur. Dans le plan de formation, 12 personnes sont inscrites pour



	En grande partie	la formation sécurité incendie. Les prélèvements de surface et pour le linge ont été effectués par le centre hospitalier Edmond Garcin le 09/12/2011 et sont très satisfaisants. La sécurité de l'entretien du bâtiment et du matériel est assurée (contrôle technique, présence d'un homme d'entretien).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au vu des événements déclarés. Dans le bilan du COVIGERIS du 17/04/2012, sont notés sans précision la maintenance des dispositifs médicaux, les contrôles réglementaires et le bilan des événements indésirables avec un item "sécurité des biens et des personnes".

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

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

Critère 8.b  
Fonction gestion des risques



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une fonction « Gestion des risques » est définie dans l'établissement.

Oui

L'attaché de direction, responsable qualité, assure la fonction gestion des risques en collaboration avec la responsable de soins. La fonction gestion des risques est inscrite dans l'organigramme et dans le projet d'établissement. Les missions et les qualifications nécessaires sont décrites dans la fiche de fonction de la responsable qualité. Le temps passé à l'exercice de la fonction gestion des risques y est défini.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

Oui

La responsable qualité qui assure la fonction gestion des risques en collaboration avec la responsable de soins travaille en lien avec les autres structures de l'établissement impliquées (pharmacien, entretien...). Une personne ressource est identifiée dans la cartographie des risques pour chaque secteur. Un programme d'actions est élaboré mais avec une échéance fin 2012, un référent de chaque action.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'organisation est assurée et permet le suivi de la fonction gestion des risques (cartographie suivi d'événements indésirables). Son évaluation est définie et en cours de réalisation.</p>
--	-------------------------	--

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

Il existe une procédure de signalement et d'analyse des événements indésirables, et des fiches spécifiques pour les accidents de travail, les chutes, ainsi qu'une fiche plus générale pour les autres risques (FEI).  
Les notions de gravité (dans la cartographie) et de fréquence (dans le bilan annuel) sont définies. Le recueil des événements indésirables est coordonné par la responsable qualité. Un bilan est réalisé chaque année.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le personnel est sensibilisé régulièrement par la responsable qualité en collaboration avec la responsable de soins (dernière sensibilisation en mars 2010). Une convention de formation a été signée en février 2011 sur la gestion des risques et événements indésirables. Cette formation a eu lieu en mars et avril 2012. Dix personnes ont participé à cette formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Les professionnels concernés (la responsable qualité et la responsable des soins) se sont appuyés sur la documentation (ANAES 2003) méthodologie pour la gestion des risques en établissement de santé, et par l'intermédiaire du document produit par le BAQIMEHP (bureau qualité de l'hospitalisation privée). Une cartographie des risques a été réalisée en mars 2010 avec processus de hiérarchisation. La formation de mars et avril 2012 portait sur le management du risque, les étapes du diagnostic des risques, l'arbre des causes et l'analyse des modes de défaillance.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes est réalisée à chaque fiche d'événement indésirable en concertation avec les professionnels. La formation a été dispensée en mars et avril 2012.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	En grande partie	Les actions correctives sont identifiées en cohérence avec l'analyse des causes des événements indésirables dans le bilan du COVIGERIS sans précision.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Les causes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement (chutes sur sol humide ayant donné lieu à l'achat de support avec marquage sol glissant) mais il n'existe pas un plan d'amélioration formalisé. Les causes profondes n'étant pas analysées, elles ne peuvent à ce jour bénéficier d'un traitement spécifique.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Le bilan du COVIGERIS fait état des actions correctives sans précision.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à travers le projet d'établissement. Les engagements d'informatisation du circuit du médicament prévus au premier trimestre 2011 et les objectifs du COMEDIMS traduisent des actions concrètes planifiées dans le sens d'une amélioration.  
 Il n'y a pas de CBUM car ce n'est pas obligatoire en SSR.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.

Oui

Il existe un projet d'informatisation du circuit du médicament, le déploiement est planifié pour le premier trimestre 2011. Il s'intègre dans les prévisions d'informatisation de l'établissement.

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

Il existe un guide des prescriptions et des supports validés et actualisés en COMEDIMS.

Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le livret VIDAL papier dans le bureau médical, VIDAL électronique dans les infirmeries, DOROZ dans la pharmacie et les infirmeries, THERIAQUE électronique dans la pharmacie, et des protocoles thérapeutiques sont disponibles.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité des traitements est assurée : - à l'admission par l'analyse du traitement d'entrée du patient et sa validation par le médecin prescripteur qui fait l'objet d'une procédure incluse dans le guide de prescriptions ; - à la sortie par la prescription d'une ordonnance de sortie, dont l'évaluation est tracée à travers le suivi de l'indicateur IPAQSS.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	Les livraisons dans les services sont sécurisées. Une dotation d'urgence est en place, réactualisée à chaque COMEDIMS et suivie par le pharmacien. Le recours est possible à un pharmacien de ville en cas d'absence du pharmacien de l'établissement et de médicament non disponible dans la dotation d'urgence. Cela reste exceptionnel. La dotation nominative est en place, elle est organisée pour 10 jours d'hospitalisation. Un système de messagerie permet une alerte des soignants vers le pharmacien pour indiquer une modification de prescription. Quinze ordonnances environ sont traitées par jour. Ceci permet également au pharmacien un contrôle de la conformité des prescriptions. Les piluliers sont préparés par les IDE de nuit, avec contrôle et respect des bonnes pratiques vis-à-vis des conditionnements. Une procédure sur la sécurisation de la dispensation a été formalisée. Les salles de soins ont été sécurisées lors de la visite.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration sont protocolisées. Il existe un document unique de prescription, de dispensation et d'administration, validé en CME. Les modalités de traçabilité sont définies et protocolisées. Il

	Oui	<p>existe un protocole de gestion des traitements personnels des patients et une prescription systématique si le patient gère son traitement.</p> <p>Le retour des bacs de dispensation à la pharmacie permet également un contrôle de ce qui a été administré (analyse des retours) par le pharmacien.</p> <p>Les médecins et le pharmacien sont informés oralement des non prises médicamenteuses et du motif (refus...).</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Lors des COMEDIMS, les médecins sont sensibilisés au risque d'erreur et formés sur des thèmes spécifiques.</p> <p>Pour les professionnels, il s'agit d'une sensibilisation au coup par coup. Sur le plan de formation 2012, est programmée une formation sur l'organisation de l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments et des erreurs médicamenteuses.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée depuis le premier trimestre 2011.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	<p>L'analyse pharmaceutique des prescriptions est engagée.</p> <p>Pour la délivrance nominative, le pharmacien en assure l'analyse par contrôle régulier des bacs de dispensation et des piluliers.</p> <p>L'achat d'un logiciel a permis d'imprimer des étiquettes avec nom, numéro de lot et date de péremption sur chaque plaquette de comprimés.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément n'est pas applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Certaines situations font l'objet d'une information aux patients (AVK, diabétique, patient qui gère leurs traitements, inconvénients des antalgiques) et un IDE a suivi une formation à l'éducation thérapeutique. Toutefois, cette information n'est pas structurée et non tracée au dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité au dossier est effective et assurée par le personnel soignant habilité. Il existe un protocole de l'administration per os qui précise les règles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des suivis d'indicateurs en rapport avec les EPP (antibiotiques et anticoagulants) sont suivis, ainsi que les indicateurs IPAQSS. Ils sont présentés en COMEDIMS. Il n'y a pas de CBUM car ce n'est pas obligatoire en SSR.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des évaluations régulières sont réalisées par le pharmacien (ex. : piluliers), et une EPP sur le circuit du médicament est en cours.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des EPP sont réalisées sur les thèmes du bon usage des médicaments (pertinence des antibiotiques et AVK), et des thèmes sont inscrits dans la cartographie des risques. Il n'y a pas de programme formalisé par la détermination d'actions précises et d'une planification.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Une FEI est en place qui permet la déclaration, et le circuit est connu des professionnels. Le bilan des événements 2011 comporte plusieurs dysfonctionnements liés au circuit du médicament : erreurs de piluliers, erreurs d'administration,

	Oui	défaut d'approvisionnement.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre suite aux évaluations et aux EPP. L'information est faite aux professionnels. Une formation sur la gestion des risques liés aux médicaments a été dispensée en décembre 2011. Les erreurs médicamenteuses sont analysées.

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 18/01/2011 au 20/01/2011	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	JUIN 2012	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
6.a (Sécurité des biens et des personnes)	Recommandation	Décision levée
8.b (Fonction gestion des risques)	Réserve	Décision levée
8.f (Gestion des événements indésirables )	Réserve	Décision levée
20.a (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée