



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ  
LA MARTINIÈRE**

**Chemin de la Martinière  
91400 SACLAY**

**JUIN 2018**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	16
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ETABLISSEMENT DE SANTE LA MARTINIÈRE	
Adresse	Chemin de la martiniere 91400 Saclay
Département / région	ESSONNE / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830013678	ASSOCIATION JEAN LACHENAUD	247 avenue jacques cartier 83090 TOULON
Etablissement de santé	910811322	ETABLISSEMENT DE SANTE LA MARTINIÈRE	Chemin de la martiniere 91400 Saclay

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

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention de partenariat avec NEPALE (Réseau de Soins Palliatifs de support nord Essonne) ;</li> <li>- Convention relative à la prise en charge (d'examens de biologie médicale) avec le CHO d'Orsay (pour une durée de 3 ans à partir de Février 2014) ;</li> <li>- Convention avec l'association de soins de palliatifs en Essonne ;</li> <li>- Convention relative à la prise en charge de la santé buccodentaire des personnes âgées avec le réseau Bucco-Dentaire APPOLLINE ;</li> <li>- Convention de coopération sur la fluidité du parcours usagers et la qualification des professionnels avec le SSIAD TRIADE 91 (pour une</li> </ul>

durée annuelle tacitement reconductible, signée le 2 juin 2016)

-Convention relative aux modalités de coopération entre l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias et un EHPAD dans le cadre de la filière de soins gériatriques de pôle du 91.2

-Convention de coopération entre l'Institut Jacques CARTIER et établissement de Santé la Martinière

- Convention de mis à disposition avec le centre hospitalier de Bligny

- Convention de coopération avec les 3 hôpitaux d'instruction des Armées parisiens (Percy, Val de Grace, Bégin)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Création d'un Centre de santé depuis le 04/11/2016

# 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	femme	SSR (Personne à Risques de Dépendance)	maladie cancérologique	Programmée	Complexe	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

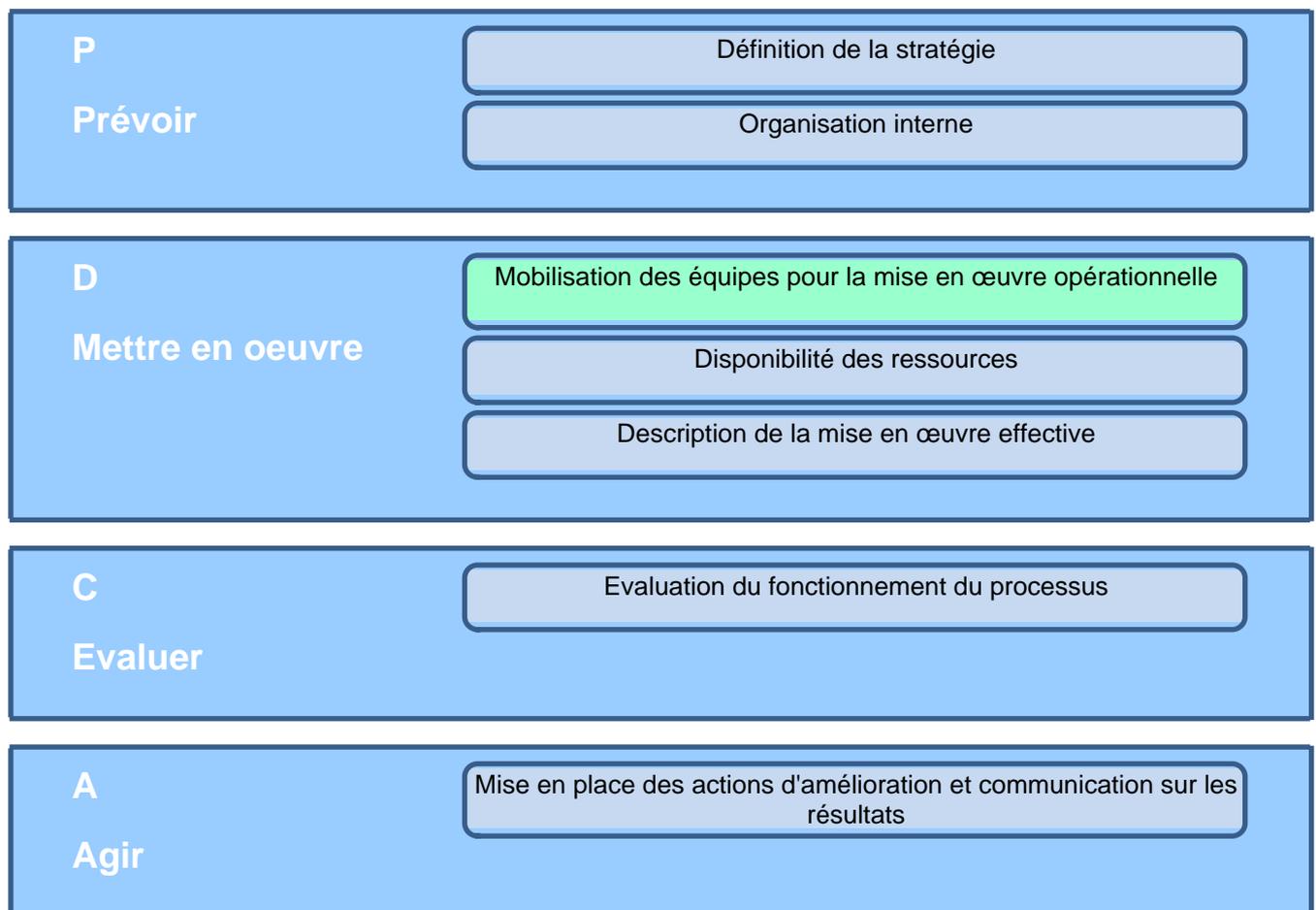
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement de santé de la Martinière dispose de 80 lits de soins de suite (SSR) gériatriques et polyvalent sur 2 niveaux. Le plateau technique est composé de salles de rééducation et d'ergothérapie situées au 1er étage. La politique d'amélioration de la Qualité et de Gestion des Risques et de la sécurité des soins est intégrée dans ses orientations stratégiques. Cette politique a été élaborée à partir d'une identification des besoins propres à l'établissement, des risques liés à ses activités de soins de suite ,en tenant compte du contexte architectural, une orientation spécifique pour les Personnes Âgées est inscrite dans le CPOM. Elle inclut la stratégie des EPP, les obligations légales réglementaires et la gestion de crise. Les attentes des usagers y sont prises en compte. Les différentes composantes qui concourent au Management de la Qualité et de la Gestion des Risques(MQGR) sont coordonnées au moyen d'un Comité de Pilotage des Vigilances et des Risques (CGQPR) qui a géré la préparation de la certification. Ce comité réunit les principaux acteurs en charge des processus ou des instances. Une démarche d'évaluation adaptée des risques a priori est en place. Elle inclut une méthodologie de hiérarchisation des risques ainsi que leur modalité de traitement. Le traitement des événements indésirables répond aux exigences attendues. Il est structuré autour d'une analyse des causes, y compris profondes, grâce à une méthodologie adaptée et participative prévoyant la réalisation de CREX et de RMM selon le niveau de gravité de l'événement. Une stratégie visant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans le MQGR est en place, y compris pour ce qui concerne les EPP qui sont suivies par la CME. Lors de l'élaboration de la cartographie des risques, les équipes de l'établissement se sont mobilisées et ont apporté leurs contributions à l'élaboration du Compte-Qualité(CCQ) qui est une émanation du Plan d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Après le recrutement d'une nouvelle responsable qualité en septembre 2017, l'établissement a choisi de développer le management de la qualité et des risques par le biais de la méthode des processus avec la culture et la notion " d'écart". La cartographie des risques a permis d' identifier les risques pour l'ensemble des processus. Ces risques sont évalués par la méthode proposée par la HAS, adaptée à et par l'établissement, ce qui génère le positionnement des actions prioritaires. Le catalogue des risques intègre l'ensemble des domaines attendus : instances, FEI et FEIG, plaintes et réclamations, risques professionnels, indicateurs IQSS, plan blanc, contrôles techniques et réglementaires, alertes ARS, recommandations issues des audits internes et externes. Le PAQSS 2016/2017 présenté aux experts visiteurs est unique, formalisé et structuré ,conséquent (54 pages) pour toutes les thématiques ,conformément aux analyses, indicateurs et objectifs propres à l'établissement de santé de la Martinière. Ce programme est validé par les instances et connu par les professionnels en fonction de leur implication par processus. Son élaboration inclut les actions classées prioritaires en fonction des contrôles internes et externes. Il est présenté annuellement aux instances. Les plans d'action sont suivis au moyen de tableaux de bord comportant les indicateurs arrêtés et validés par le COPIL qui regroupe les pilotes et les responsables d'instances aux côtés de la direction. Les plans d'urgence sont établis. La représentation des usagers concourt à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDUVS).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement de santé de la Martinière a organisé le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de façon opérationnelle et structurée. Les missions et responsabilités pour organiser et développer les EPP sont définies. Une responsable qualité qualifiée est en poste dans l'établissement à temps plein. La fonction de Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS), validée, lui incombe également ,une cadre de santé la seconde. Leur rôle de coordination et leurs missions sont définis dans une fiche de poste. La responsable qualité est, chargée de la gestion du système documentaire informatisé en association avec le responsable infrastructure et informatique de l'établissement. Les responsables des instances sont désignés et leurs missions décrites. Il en est de même pour les pilotes de processus ou des professionnels chargés de conduire un plan d'action spécifique. Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont donc identifiées en adéquation avec le MQGR. Les besoins en formation initiale pour les professionnels concernés par les processus de hiérarchisation et d'analyse des risques a priori ont été identifiés et la responsable qualité a été formée à cette méthodologie elle diffuse à l'ensemble des professionnels cette approche. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel. Il comprend l'ensemble des procédures et protocoles, le processus des FEI, les résultats des évaluations et les vecteurs de communication et d'information. Il assure la traçabilité de la prise en compte des documents par leurs destinataires. Une documentation sous forme papier subsiste dans les unités pour utilisation en cas d'interruption du système informatique. La coordination des dispositifs de vigilance, de la veille sanitaire et de la gestion globale du MQGR est assurée par le CGQPR. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Elle se réalise dans les réunions des instances et, sur le terrain, par des réunions institutionnelles ainsi que par la publication des résultats des enquêtes et audits. Les pilotes du

Management QGR ainsi que les responsables d'instances sont régulièrement réunis. Les informations liées au fonctionnement de la cellule qualité, des résultats des indicateurs, des planifications des agents, des demandes de congés sont accessibles sur des écrans disposés dans des endroits clés : hall d'entrée disponible pour les visiteurs, postes de soins pour les personnels. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels est articulée avec le traitement de signalement des Evènements Indésirables en association avec les représentants des usagers.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement de santé de la Martinière a structuré sa démarche de Management QGR en identifiant ses objectifs et plans d'actions et en les mettant en œuvre dans le cadre de son organisation interne dans la logique de la structuration par processus et instances : Dossier du Patient, patients traceurs ou suivi de la satisfaction des usagers par exemple. Le secteur d'activité prend sa part dans le programme en place et s'organise en objectifs et plans d'action opérationnels. Des pilotes du Management CGQPR sont désignés en responsabilité dans chaque processus et les professionnels sont identifiés pour la conduite de chaque action qui est accompagnée d'un échéancier de réalisation. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est effective. Des réunions de services programmées ou informelles ont lieu et favorisent la communication. Les responsables de service/pilotes de processus ont un rôle de coordination qui permet : d'impulser la démarche d'amélioration au sein du secteur de soins en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement ; d'assurer la conformité des pratiques en fonction de la réglementation ; de réguler l'activité en fonction des objectifs et des priorités définies ; de maintenir une cohérence et une communication via les réunions de service ; de collaborer avec les différents intervenants et les instances ; de participer aux réunions hebdomadaires avec les responsables des soins pour communiquer sur la vie du service et la prise en soins des patients ; de promouvoir l'harmonisation et l'analyse des pratiques professionnelles au sein du service et des actions de formation en équipe ; d'assurer une liaison descendante et ascendante des informations. L'encadrement soignant s'assure également de l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de terrain : patient traceur, cartographie des processus et des risques, EPP, audits, groupes de travail... ce qui a été confirmé lors des investigations "patient traceur" par les experts visiteurs. La mise en œuvre est opérationnelle et relayée par les groupes de travail pluridisciplinaires qui se réunissent régulièrement. Les responsables soignants s'assurent de la conformité et de l'actualisation des pratiques en référence aux règles de bonnes pratiques .

Une forte implication du personnel du secteur de soins et de l'accueil est à noter sur les démarches qualité initiées (FEI, EPP, cartographie des risques...). Le personnel des services et de l'accueil participe à la mise en œuvre des "patients traceurs", des exercices de mises en situation... Ces travaux donnent lieu à du retour d'expérience qui valorise les actions menées et permet de réajuster si besoin. Des actions d'évaluation et d'amélioration sont menées en transversalité grâce à la déclinaison du programme des EPP, du suivi régulier des FEI et, plus généralement, de l'ensemble des engagements décidés par le CGQPR. L'analyse des FEI est conduite en concertation avec les professionnels concernés au sein d'un groupe spécifique qui se réunit dès que de besoin, l'observatoire des risques se réunit 2 fois minimum par mois. Leurs causes profondes sont traitées dans le cadre de CREX et de RMM pratiquées en concertation avec la CME. Le nombre de déclarations a été de 473 en 2017 et il est tendanciellement à la baisse (493 en 2016) dont 17 traités en observatoires des risques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et matérielles nécessaires au processus MQGR de l'établissement de santé sont en place : les professionnels sont désignés et des formations sont réalisées dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité pour toutes les catégories de personnel en interne. A titre d'exemple de ces actions : formation à la coordination des risques associés aux soins, à l'analyse de patient traceur, à la déclaration des EI, aux caractéristiques de la V 2014 etc. Le dispositif de gestion documentaire est disponible sur l'ensemble des postes informatiques des différents secteurs de l'établissement. Il est actualisé et accessible. Il regroupe l'ensemble des procédures et protocoles. Les locaux et équipements requis sont affectés : des ordinateurs fixes ou portables sont présents et protégés; leur maintenance est assurée par des personnels de l'établissement ou par des prestataires. Les locaux sont entretenus et adaptés à l'activité. Les interventions urgentes nécessaires sont réalisées sur appels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le PAQSS de l'ES de la Martinière fait l'objet d'une déclinaison structurée au moyen de plans d'actions intégrés et opérationnels.

L'établissement met en œuvre des démarches appropriées en fonction des sources: recommandations issues des contrôles réglementaires ; situations de crise et plans d'urgence. La cellule de crise est en place. Le processus de recueil et de traitement des plaintes et réclamations est fonctionnel (14 réclamations en 2017 versus 23 en 2016) le délai de traitement est de 5 jours. Les vigilances et la veille sanitaire sont organisées ainsi que le suivi des FEI. Les plaintes et réclamations impliquant les professionnels et les représentants des usagers sont analysées et, au besoin, et implémentent le PAQSS. Les Cadres responsables des soins et de la rééducation et adjoints régulent l'activité du parcours du

patient en fonction des priorités définies et des objectifs. La CME et son Bureau réalisent le déploiement, le suivi et l'impact des démarches d'EPP au moyen de bilans réguliers : point d'avancement, analyses de CREX et de RMM (4 en 2017). Ces démarches se font en lien avec la responsable des soins en charge des risques associés aux soins en partenariat avec la RAQ. La traçabilité des actions est réalisée par les comptes rendus systématiques. La Commission des EPP de la CME a procédé à un récent remaniement des thèmes par une analyse des en-cours et par la mise en œuvre de nouvelles démarches. A l'issue de cet examen, 20 EPP ont été officialisées 50% sont en étape 5, (suivi régulier) 3 sont à redéfinir dont les supports sont en ajustement. L'encadrement soignant s'assure également de l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de terrain : patient traceur, cartographie des processus et des risques, EPP, audits, groupes de travail, etc. ce qui a été confirmé lors des investigations "patient traceur" par les experts visiteurs. La mise en œuvre est opérationnelle et relayée par les groupes de travail pluridisciplinaires qui se réunissent régulièrement. Les cadres de santé s'assurent de la conformité et de l'actualisation des pratiques en référence aux règles de bonnes pratiques. Une forte implication du personnel des secteurs de soins et de l'accueil est à noter sur les démarches qualité initiées (FEI, EPP, cartographie des risques, etc.). Le personnel des services et de l'accueil participe à la mise en œuvre des "patients traceurs", des exercices de mises en situation, etc. Ces travaux donnent lieu à du retour d'expérience qui valorise les actions menées et permet de réajuster si besoin. Les équipes connaissent la politique MQGR et sont informées de son actualité par les comptes rendus du CGQPR, par le système de documentation, par les divers comptes rendus ainsi que par des réunions plénières. De plus, la responsable qualité (gestionnaire des risques associés aux soins) l'encadrement soignant et les pilotes de processus se déplacent régulièrement pour faire le point en direct avec les équipes. Le PAQSS est soumis aux instances qui ont connaissance également des tableaux de bords de suivi des indicateurs QGR. Il en est de même du plan blanc. Les représentants des usagers ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du PAQSS et du CQ dans le cadre de la CDUVS

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement de la Martinière procède à l'évaluation du système de Management QGR en fonction des indicateurs de ressources et de qualité définis et adaptés à ses activités. Cette évaluation produit des tableaux de bord issus de son PAQSS et du CQ et les indicateurs retenus, souvent en lien avec des audits. Parmi les nombreux indicateurs suivis par la direction, on peut citer : le suivi des FEI, le nombre de plaintes, les analyses issues des questionnaires de sortie, les revues régulières de dossiers en lien avec les items des IQSS, le nombre et la nature des CREX. Un planning annuel de recueil des indicateurs est programmé. Chaque instance ou pilote de processus suit les indicateurs réglementaires ou ceux définis dans son champ de compétence. Le suivi du PAQSS est réalisé trimestriellement, il donne lieu à un bilan annuel. L'évaluation de la satisfaction des usagers est conduite chaque année en lien avec la CDU. Elle s'appuie sur l'analyse des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations et des demandes de dossier.

## A / AGIR

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

Le CGQPR et les instances procèdent au réajustement annuel du PAQSS en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, y compris pour la stratégie de développement des EPP. Il s'appuie sur l'ensemble des tableaux de bord, indicateurs, audits, enquêtes et bilans mis en place et suivis régulièrement lors des réunions. Le suivi régulier des indicateurs et tableaux de bord entraîne des actions complémentaires ou récursives selon le cas. Les actions d'amélioration concernent l'ensemble des secteurs et thèmes d'activité : hygiène, médicaments, respect des droits, dossier médical, suivi des patients, identitévigilance. Des éléments comparatifs permettent à l'établissement de se situer par rapport aux autres structures locales et nationales ainsi que par le biais des éléments d'analyse de l'activité des établissements du secteur sanitaire de la région parisienne. L'ensemble des démarches d'évaluation et les actions d'améliorations qui en découlent sont communiquées aux professionnels par le compte-rendu des instances, du suivi du PAQSS, et les réunions de service, à la lecture facilitée sur les écrans mis à disposition. Les représentants des usagers sont largement destinataires des informations lors des réunions régulières de la CDUVS.



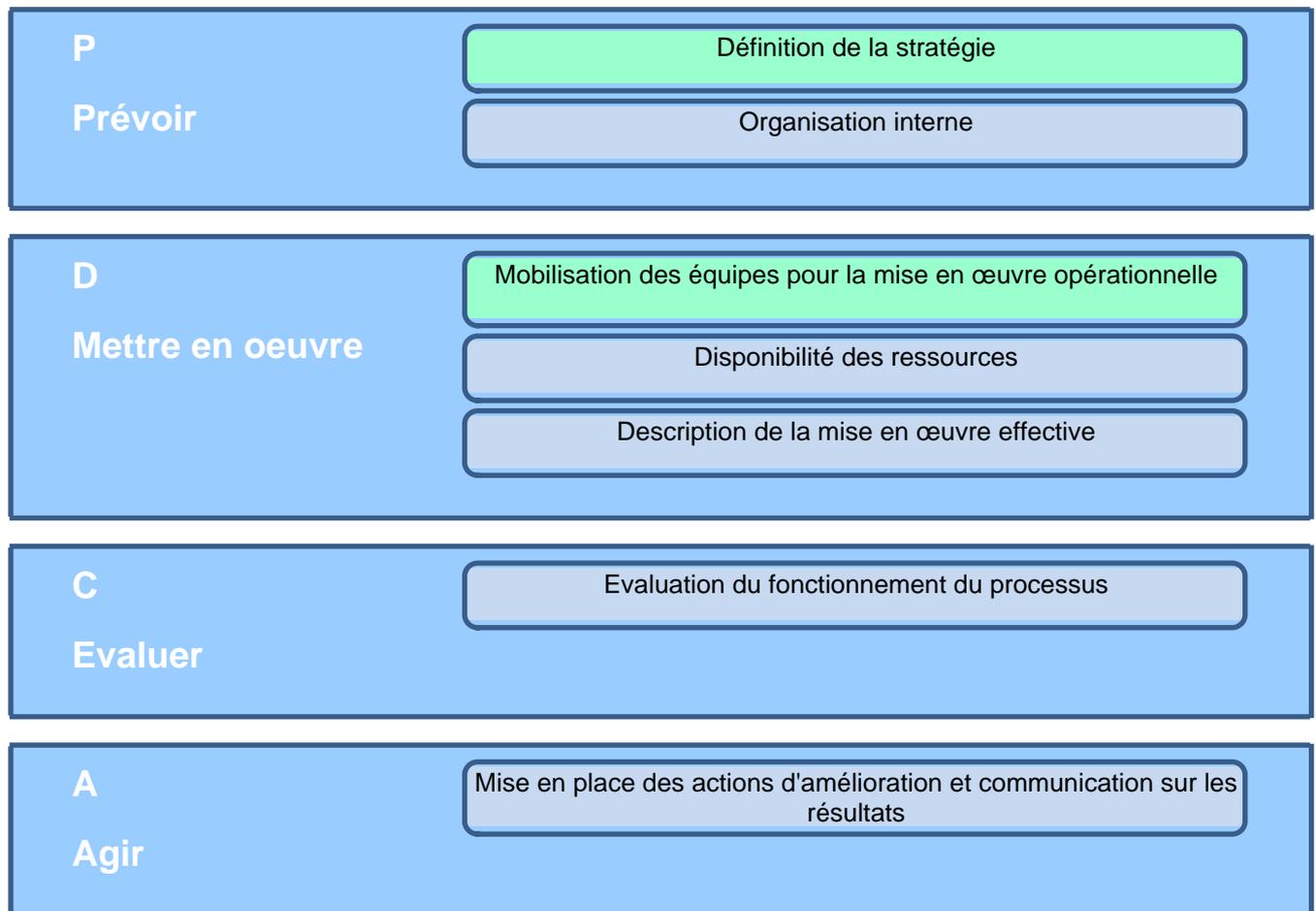
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement de santé de La Martinière a inscrit sa politique du respect des droits du patients dans son projet d'établissement 2012-2017 , l'a complétée dans un nouveau document pour 2018 à 2022 et l'a clairement indiquée dans ses orientations stratégiques qui repose sur la Charte des droits de la personne accueillie, la loi du 4 mars 2002 sur le respect des droits du patient, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, la loi HPST de juillet 2009, les textes en vigueur, l'écoute des usagers et des professionnels. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique dans le cadre de la commission des usagers et de la vie sociale (CDUVS). Une cartographie a été réalisée par le médecin pilote du processus ainsi que par le groupe qui l'accompagne, co-pilote, responsable qualité et membres de la commission des usagers et de la vie sociale (CDUVS). Cette cartographie des risques a été établie en fonction de différentes sources de données (analyses des plaintes et réclamations, questionnaires de satisfaction, audits, EPP, etc.). La hiérarchisation des risques a été faite selon la méthode HAS, trois grandes catégories de risques sont identifiées, directement associé aux soins,aux activités de soutien,à l'environnement et à la vie hospitalière. Les objectifs d'amélioration sont formalisés autour d' axes majeurs : développer une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, renforcer la qualité et la sécurité des soins, poursuivre la maîtrise du risque infectieux, améliorer la prise en soins globale du patient dans le respect de ses droits particulièrement prise en charge de la douleur, des fins de vie, améliorer la qualité des soins en maintenant l'évaluation des pratiques, améliorer la qualité de l'écoute et continuer à favoriser l'implication des usagers en mesurant le niveau de satisfaction. Conformément à la méthodologie, un plan d'action est élaboré et intégré au PAQSS de l'établissement. Les risques les plus importants font l'objet d'audits et d'enquêtes et versés au compte qualité : mauvaise information des patients sur leurs droits, méconnaissance de la conduite à tenir en cas de dommage liés aux soins, la non évaluation de la maltraitance ordinaire et son signalement, non respect de la dignité et de l'intimité. Pour chaque action on retrouve des engagements ,un responsable, une échéance et un état d'avancement. Le PAQSS est communiqué aux instances, aux professionnels et aux usagers.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour déployer le processus. Le pilotage est assuré par 2 médecins dont un récemment arrivée est en cours de remplacement de l'autre, cette organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de bientraitance et la promotion des droits du patient. Ce pilotage processus "droits des patients" est effectif et fonctionne en partenariat avec une représentante des usagers,le directeur,une IDE et deux ASH,la secrétaire de direction et la RAQ. Une fiche de poste des pilotes en précise les missions. Ces pilotes centralisent et coordonnent avec la cellule qualité les actions en relation avec les droits des patients (formations, relations avec les usagers, documentation, etc.) en collaboration avec l'encadrement de proximité, et en association avec les représentants des usagers. La CDUVS est en place, trois représentants des usagers rencontrés pendant la visite,participent à son activité et sont invités aux instances. Une commission de réflexion éthique regroupant personnel soignant et médical fonctionne en partenariat avec des établissements proches,elle est partie prenante de la démarche institutionnelle sur le droit des patients. Les représentants des usagers sont associés à cette réflexion. Des formations sont dispensées aux soignants en interne sur :la loi Leonetti,la bientraitance,l'écoute patient et entourage,dommages liés aux soins, douleur etc. et en externe : démarche éthique , DU Personnes âgées. Les pilotes,l'assistante de direction et la qualitiennne ont participé à l'élaboration de la cartographie du processus et des risques. Les risques du processus ont été identifiés à partir de l'analyse des FEI et des questionnaires de sortie. Ces éléments ont été repris dans le compte qualité, avec la priorisation des risques et les plans d'amélioration éventuels,en fonction de leur maîtrise, auxquels ont participé l'encadrement. Il existe une procédure de signalement de maltraitance suspectée, qui identifie les différentes situations à risque et la conduite à tenir. Une organisation relative à l'information donnée au patient est en place, le nom de la personne de confiance est recueillie par les médecins lors de leur première rencontre avec le patient ainsi que la notion de directives anticipées et leur intégration dans le dossier patient informatisé. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les engagements et droits des patients, qui précise différents éléments sur la personne de confiance et les directives anticipées. Il présente la CDUVS, et les membres qui la composent, complété d'un affichage, où figurent les coordonnées des représentants des usagers, et d'un accès sur le site internet, permettant de les contacter. La gestion documentaire est structurée et organisée dans le logiciel de l'établissement prévu à cet effet. La charte du patient hospitalisé est affichée et accessible sur les écrans informatiques mis à disposition dans le hall. La gestion des plaintes est organisée, suivie et tracée. Les ressources en matériel et en équipements sont mis à disposition. Les locaux sont également adaptés et les dispositifs relatifs au respect de l'intimité des patients sont respectés. Les interfaces entre les processus sont opérationnels : prise en charge de la douleur, fin de vie, accès au dossier médical, identité du patient,,confidentialité, etc.

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

Les professionnels connaissent l'organisation définie pour garantir les respects des droits du patient et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies. La dignité et de l'intimité du patient sont respectés dans les 2 secteurs de prise en soins notamment dans les chambres a 2 lits en SSR 2 où la disposition des lits permet l'intimité. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les risques identifiés sur le processus "Droits du Patient". Des actions de communication et de sensibilisation sont régulièrement menées par l'encadrement par le biais de réunions de service (dommages liés aux soins, bientraitance, etc.) ou lors des présentations réalisées par la RAQ. Les professionnels sont vigilants au respects des bonnes pratiques. L'évaluation périodique des activités et information des professionnels sur leur résultats est réalisée et tracée. Des écrans diffusent en continu dans les salles de repos et dans le hall d'accueil, le résultat des audits menés en interne et indicateurs nationaux. Les professionnels sont informés des résultats des questionnaires de satisfaction et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs. Ces résultats font l'objet d'une communication particulière via les réunions de services, également via le journal interne, la diffusion sur l'intranet.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

A chaque étape de son parcours, le personnel est présent pour une prise en compte des besoins exprimés ou ressentis du patient. Les ressources documentaires sont mises à disposition et accessibles via la gestion documentaire de l'établissement et connue de l'ensemble des professionnels rencontrés, et ce dans tous les secteurs de l'établissement. Toutes les procédures en lien avec les droits du patient sont également accessibles actualisées. Les supports d'informations a destination du patient sont disponibles voire affichés pour certains: livret d'accueil, charte du patient hospitalisé, dépliants sur certains médicaments et leur risque, la gestion de la douleur, etc. Le livret d'accueil comporte un chapitre concernant le droit des patient et présente la Commission Des Usagers(CDUVS) et de la vie sociale, on y retrouve également la charte du patient hospitalisé. Les locaux, les chambres les espaces d'accueils sont adaptés pour répondre aux attentes des familles et de leur entourage. Les chambres doubles permettent l'intimité des patients du fait de leur architecture. Les chariots de soins permettent la confidentialité des données patients ils sont sécurisés, les écrans des ordinateurs se mettent en veille dès qu'ils ne sont plus utilisés. L'ensemble des salles de soins dispose d'un système de fermeture par digicode, utilisé par le personnel ce qui a été constaté lors des investigations terrains. Des coffres -fort sont mis à disposition des patients dans chaque chambre afin de sécuriser les valeurs personnelles.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

L'ensemble du personnel rencontrés connaît l'organisation et les obligations pour que les droits du patients soient respectés à chaque étape de la prise en soins. Les patients sont informés sur leurs conditions de séjour, lors de l'arrivée dans le service. Le livret d'accueil est quant à lui déposé sur la table de chevet du patient et sa remise est inscrite dans le dossier informatique du patient. Les patients sont informés des tarifs des prestations hôtelières par des documents annexés au livret d'accueil accompagnés d'explications par les secrétaires dès l'admission. Le respect de l'intimité est assuré lors des soins et les procédures sont connus par l'ensemble du personnel. Une liste du personnel parlant des langues étrangères est disponible. Il sera nécessaire d'envisager de proposer la langue des signes. Les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Les contentions sont mises en œuvre, très rarement, et font obligatoirement l'objet d'une prescription médicale conformément réévaluée. Les mesures de précautions complémentaires en hygiène font l'objet d'une information orale auprès du patient. Les situations d'isolement septiques sont connues, formalisées et mises en place. Des actions de formation sur la bientraitance et sur la prévention de la maltraitance sont en place, mais également sur d'autres sujets concernant le droit des patients.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient: portes des chambres fermées, mise en veille des fenêtres des ordinateurs portables lorsqu'ils circulent dans les couloirs, fermeture de l'ensemble des salles de soins, etc. Le "baromètre de satisfaction" des patients est recueilli à l'aide de questionnaires qui sont remis avec le livret d'accueil. Le personnel soignant est très attentif au rendu de ce questionnaire les représentants des usagers participent à ce recueil. Les patients sont associés à la construction et la mise en œuvre de leur programme personnalisé de soins. Le recueil du consentement éclairé, est réalisé et vérifié. La personne de confiance est systématiquement recherchée et tracée. Les éventuelles directives anticipées sont formalisées et recueillies par les médecins dès que cela est possible. Il existe un dispositif d'information des patients sur leur état de santé et les soins incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins. La procédure d'annonce d'un dommage a été actualisée et connue par l'ensemble du personnel. L'évaluation de la prise en charge de la douleur est réalisée et formalisée à chaque étape de la prise en charge. Les 3 échelles de mesure de la douleur sont connues et utilisée en cas de besoin.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du respect des droits du patients et de leur satisfaction, en lien avec la CDUVS au travers des "baromètres de satisfaction", audits de dossier, analyse des plaintes et réclamations, délais de communication du dossier au patient. Cette évaluation est suivie via des indicateurs formalisés dans un tableau de bord. Des EPP sur le processus "droits des patients sont initiées certaines anciennes sont pérennisées telles sur la pratique de mise en place de contentions type ridelle, sur la désignation de la personne de confiance, sur la bienveillance, port du bracelet d'identification etc. Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre en collaboration avec les représentants des usagers.

Un bilan annuel de l'activité de la CDUVS est réalisé et envoyé à l'ARS et présenté en CME.

## A / AGIR

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

Un réajustement des plans d'action est réalisé régulièrement via l'instance de pilotage du processus mais également via la CDUVS et le comité de Pilotage Qualité et Risque de l'établissement. Ce réajustement est issu des bilans et des différentes analyses des indicateurs. La cartographie du processus fait alors l'objet d'une actualisation tout comme le PAQ. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels via des réunions de s  
Les indicateurs nationaux ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction sont affichés et disponibles sur l'écran à l'entrée de l'établissement à l'attention et l'intention des usagers.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

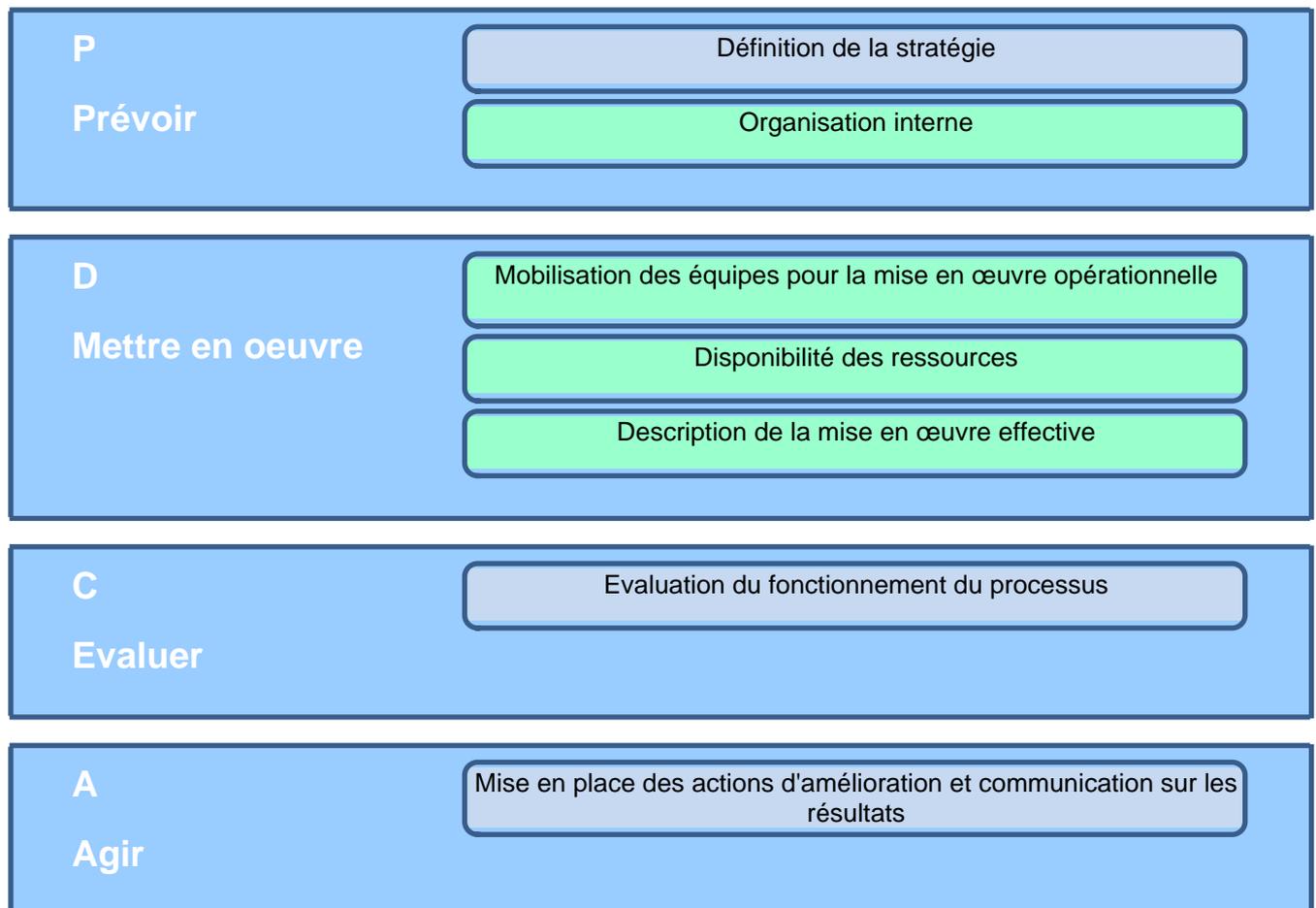
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement de santé La Martinière a élaboré une politique du parcours patient, cette dernière tient compte du contexte territorial, des besoins de la population, de l'offre de soins qu'elle propose et du CPOM 2013-2018. Celle-ci s'appuie également sur le bilan de la précédente visite de certification V 2010, la réglementation, ses indicateurs IQSS et institutionnels, ainsi que les objectifs de l'établissement sur les filières et parcours patient. Des conventions ont été formalisées et mises en place avec le centre hospitalier d'ORSAY pour la prise en charge des urgences vitales, des accidents d'exposition au sang ou la réalisation des actes de radiologie. Il en est de même avec l'Institut Jacques CARTIER pour le suivi des patients atteints de troubles cardiaques ou l'hôpital d'instruction des armées de PERCY pour les patients atteints de pathologies hématologiques. Une convention spécifique avec le centre hospitalier de BLIGNY détermine les modalités de mise à disposition d'une infirmière hygiéniste. Les différents processus du parcours patients ont été définis au sein de la structure et une étude structurée des risques a été réalisée. Celle-ci porte sur le parcours du patient en SSR gériatrique et polyvalent. Un groupe de travail pluridisciplinaire composé de la direction, ses cadres soignants et de rééducation, des soignants, des agents des admissions, des secrétaires médicales et la responsable qualité, a réalisé cette étude. Ces risques ont été hiérarchisés et priorisés, complétés des données issues de l'analyse des fiches événements indésirables, des conclusions des CREX et de la réalisation de "patients traceurs", ceux-ci ont permis, l'élaboration d'objectifs d'améliorations. Un programme d'actions formalisé et priorisé avec identification de responsables, délais et modalités de suivi a été élaboré. Celui-ci a été validé par les instances de la structure dont la CME et le comité de gestion de la qualité et de la prévention des risques (CGQPR), qui a servi à implémenter le compte qualité. L'établissement adhère au Groupement de Coopération Sanitaire « Guérir, Prévenir, Soigner 91 » (GPS 91). Une coopération avec le SSIAD TRIADE 91, permet également de fluidifier le parcours des usagers pour les retours au domicile. Concernant les patients en fin de vie, la structure adhère au réseau de soins palliatifs de support nord Essonne (NEPALE). Une « politique de la prise en charge et droits des patients en fin de vie » permet de gérer des situations difficiles. Une stratégie de communication sur la thématique du parcours patient a également été définie et formalisée dans une procédure dédiée.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement de santé LA MARTINIÈRE a mis en place une organisation pour assurer le pilotage et la mise en œuvre de sa stratégie du processus "parcours du patient". L'organisation s'appuie sur plusieurs pilotes formés qui sont le directeur, le médecin président de la CME ainsi que les cadres responsables des soins et du plateau de rééducation. Les rôles, missions et responsabilités des pilotes concernés sont définis dans une fiche de « mission du pilote de processus, certification V2014 », retrouvée dans le « manuel qualité de la politique qualité gestion des risques ». Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences sont identifiées selon les risques identifiés, les besoins et la réglementation. Les besoins en formation sont déterminés et intégrés au plan de formation global de l'établissement. L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Il repose sur le « livret d'accueil du salarié » qui, en sus des éléments explicatifs quant à l'organisation de l'établissement, précise la place de la qualité et de la gestion des risques dans la structure. La direction propose également de loger les nouveaux salariés afin de faciliter leur intégration, l'établissement étant situé dans une zone de campagne isolée. L'établissement a organisé les règles de présence et d'astreinte, médicale notamment, afin d'assurer la continuité des soins. Une procédure « mode de fonctionnement dégradé en cas d'absence d'un membre du personnel des services de soins » a été élaborée. Les règles d'appel pour la prise en charge des urgences vitales ont été formalisées par l'élaboration d'un protocole « prise en charge des urgences vitales ou qui semblent l'être ». Des protocoles à destination des soignants pour la prise en charge des pertes de connaissance, détresses respiratoires, crises convulsives ont été élaborés et sont connus. Les personnes se présentant dans l'établissement pour une urgence sont réorientées vers le service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'ORSAY proche. Le système de gestion documentaire est informatisé. Il comporte les procédures en lien avec la thématique (l'accueil du patient en SSR, l'identitovigilance, le dépistage et la surveillance d'un patient à risque suicidaire, la prise en charge de la douleur, la prévention des escarres, la prévention des chutes, la sortie d'un patient...). Il est accessible à l'ensemble des professionnels via le logiciel prévu à cet effet. Les règles d'identitovigilance, ont été élaborées par la Cellule d'IdentitoVigilance qui est active et dont les réunions sont régulièrement planifiées. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est effectif. Une procédure a été élaborée. Des documents pour la prise en soins des patients chuteurs ont été élaborés. La traçabilité des avis spécialisés, ainsi que les transmissions des différents intervenants, est programmée dans le dossier de soins informatisé, afin de permettre la continuité et la coordination des soins. Des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires sont tenus afin d'échanger sur la prise en soins des patients. L'établissement, bien que n'ayant pas de programme d'éducation thérapeutique labellisé, réalise des actions d'éducation auprès des patients. Celles-ci concernent la prévention des chutes, la gestion des stomies, le diabète ou la gestion des AVK. Des

documents d'information explicatifs ont été élaborés à destination des patients et de leur famille. La prise en charge des patients en rééducation, a nécessité une procédure « le parcours patient en rééducation de l'entrée à la sortie », afin de préciser les modalités de prise en soins dans ce secteur d'activité. La communication sur la thématique du parcours patient est prévue via l'utilisation d'écrans tactiles mis à disposition, de « livrets mensuels » remis avec les bulletins de salaire, du réseau intranet, des mails personnalisés, ainsi qu'à l'occasion des réunions d'instances de la structure (CLAN, CLUD, CME...). La gestion des interfaces et des circuits est organisée. Le logiciel de soins partagé permet aux différents intervenants d'accéder de manière sécurisée aux données du patient.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La cadre responsable des unités de soins de la structure et la cadre du plateau de rééducation sont en charge du déploiement opérationnel des actions portant sur le parcours du patient. La communication avec les professionnels se fait par différents moyens par plusieurs types de supports : staffs hebdomadaires, affichage dans les unités, mails sur messagerie professionnelle, écrans informatiques. Les référents de chaque groupe de travail communiquent également sur les thèmes de leur groupe, en lien avec les problématiques de la thématique du "parcours patient". L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques, du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne sur les actes pratiqués par les agents. Les professionnels ont participé à l'identification des risques lors de l'élaboration des cartographies de risques ainsi qu'au décours des analyses des audits effectués selon la méthode du « patient traceur ». Ils participent à la déclaration des événements indésirables. Lorsqu'un dysfonctionnement est constaté, il est analysé, des correctifs y sont apportés en collaboration avec les professionnels concernés, les résultats des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes, afin que l'appropriation soit faite et que le dysfonctionnement ne se reproduise plus.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En tenant compte des attentes, de la réglementation, du profil des patients accueillis et des risques identifiés, les ressources en compétences sont en place. Les effectifs soignants permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine. En cas d'absence de soignant dans les unités de soins, des remplacements sont organisés selon la procédure en vigueur. La continuité de la présence médicale est assurée dans la journée. La nuit, les week-ends et les jours fériés un système d'astreinte est en place. Le tableau de planification, mis à disposition des soignants, comporte les coordonnées du médecin d'astreinte. L'ensemble des formations suivi par le personnel est inscrit dans le plan de formation global de l'établissement, notamment en ce qui concerne les gestes d'urgence, la prévention des escarres, l'éducation thérapeutique, la douleur ou l'actualisation des connaissances en gériatrie. Un exercice ludique selon la méthode de la « chambre des erreurs » est réalisé annuellement dans le cadre de la semaine de sécurité des patients. Les nouveaux arrivants sont accueillis et intégrés selon les dispositions préconisées. Les documents, procédures et protocoles, actualisés et nécessaires à la prise en soins des patients sont disponibles sur le logiciel métier, accessibles de manière sécurisée sur les postes informatiques mis à disposition. Le matériel d'urgence vitale est disponible, un chariot d'urgence complet, un sac de secours, ainsi que de boîtes d'urgence spécifiques (pose de perfusion, oxygénothérapie, aspiration). Ce matériel est scellé et régulièrement contrôlé. L'établissement est équipé de deux défibrillateurs semi automatiques, faisant l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. L'ensemble de la structure est équipée afin de permettre l'accueil de patients à mobilité réduite. Du matériel spécifique pour la prise en soins de personnes grabataires ou handicapées, des lèves malades, des matelas à air ou du matériel de transfert est disponible. Des documents à destination des patients sont mis à leur disposition dans les unités sur la gestion des anticoagulants, des stomies, des divers régimes. Les postes informatiques sont en nombre suffisant et fonctionnent en Wifi. Ils permettent la continuité et la traçabilité de la prise en soins des patients. En cas de panne informatique une procédure de fonctionnement en mode dégradé est en place.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de toutes les étapes de la prise en charge du patient est effective. Les demandes d'admission sont réalisées auprès de l'établissement via le logiciel TRAJECTOIRE, mais aussi par demande directe par télécopie souvent de la part de correspondants fidélisés. Le médecin chef (ou son remplaçant) et la cadre de santé des services de soins (ou sa remplaçante) planifient les admissions. Le secrétariat médical créé le dossier. Des documents complémentaires peuvent être demandés auprès du service demandeur. Les services de soins sont prévenus des entrées par la diffusion d'une planification hebdomadaire. L'équipe de soins assure l'entretien d'accueil dans les services. Des explications sont également données par le livret d'accueil, remis de façon systématique au patient. Ces explications concernent le fonctionnement de l'établissement, les terrains de compétences et de responsabilités des différents professionnels, les droits, etc. A l'entrée de chaque patient une évaluation initiale paramédicale et médicale est immédiatement réalisée avec une cible de ses besoins. Les médecins tracent les motifs et les attendus de l'hospitalisation. Le projet de soins personnalisé du patient est établi. La réflexion bénéfice-risque est réalisée et tracée. L'identification du patient est assurée dès son admission.

par la demande de ses papiers officiels d'identité. Des étiquettes sont éditées. Un bracelet d'identification avec étiquette est posé de façon systématique. Si le patient ne peut apporter la preuve de son identité, c'est un bracelet blanc qui lui est posé. Un bracelet vert ne lui sera attribué que lorsque son identité sera confirmée. La rencontre avec l'équipe de soin lors de l'investigation "patient traceur" le confirme. Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif par la prise du poids et de la taille (IMC également indispensable pour toute dispensation de médicaments). Un indicateur de suivi est en place. Au besoin, ce dépistage peut être complété par la prescription d'un bilan sanguin complet. Les différents intervenants (diététiciennes, assistantes sociale, psychologues...) tracent leurs activités dans le dossier informatisé unique du patient afin d'assurer la continuité de la prise en soins et de tous les actes. La douleur est évaluée à l'entrée et régulièrement pendant le séjour. Cette évaluation est tracée dans le dossier de soin informatisé. Les soignants ont à leur disposition une échelle d'aide à l'évaluation de la douleur. L'accueil de personnes appartenant à une population spécifique est assuré. Les personnes porteuses d'un handicap peuvent utiliser les moyens mis à disposition comme les portes d'entrées motorisées, les ascenseurs et sanitaires adaptées. Des réunions pluri professionnelles sont en place comme les « staffs » pluridisciplinaires hebdomadaires. Le projet de soins de chaque patient est alors réévalué et peut être avec son aval modifié. La permanence des soins est effective. Les services ont à leur disposition le tableau des astreintes. La gestion des urgences vitales est assurée par l'application du protocole connu de tous, l'utilisation des numéros d'appel et les matériels mis à disposition. La procédure concernant la prise en charge des urgences vitales est affichée dans les salles de soins. Les prescriptions d'examen d'imagerie et de biologie médicale sont réalisées par les médecins sur le logiciel de soins. Elles sont datées, électroniquement signées et argumentées. Les prélèvements sanguins sont techniqués par un laboratoire agréé, situé à proximité. Les délais de retour des résultats, directement dans le dossier patient informatisé, sont compatibles avec la continuité de la prise en charge. Les actes de radiologie, sont réalisés dans un établissement sous convention. Le retour des résultats se fait sous format papier donné au patient lors de son retour à l'ES de la Martinière. Les actions d'éducatives auprès des patients, la réalisation d'ateliers proposés par du personnel formé : « prévention des chutes » et « groupe de marche », sont effectives et opérationnelles. Les supports à destination des patients (sur le diabète, les chutes, la prise en charge des stomies) sont distribués et expliqués. Le dépistage et la prise en charge des patients à risque suicidaire, sont évalués dès leur admission par le médecin assurant l'évaluation initiale. Au besoin, il peut être fait appel à une des psychologues de l'établissement pour savoir si l'hospitalisation est pertinente, compte tenu de l'état du patient. L'entourage des patients est accompagné, lorsque cela le nécessite, par les équipes de soins. Un salon des familles est à leur disposition. La possibilité de se restaurer sur l'établissement, ainsi que de séjourner dans des studios, situés dans un bâtiment annexe, peut leur être proposée. La sortie du patient est organisée au plus tôt dès le début du séjour, au besoin avec l'appui des assistants du service social de l'établissement ou de ceux des structures d'aval comme le SSIAD. L'outil informatique édite l'ordonnance du traitement de sortie. Celle-ci est remise au patient lors de son départ. Un double de la lettre à destination de son médecin traitant lui est systématiquement remise. Un courrier complet est expédié par la suite au médecin traitant et au médecin ayant adressé le patient, s'il n'est pas le même. Une fiche de liaison et un courrier médical de transfert, reprenant son traitement, sont systématiquement réalisés pour tout patient transféré vers une autre structure. Un questionnaire de sortie "Baromètre de satisfaction" est systématiquement proposé au patient afin qu'il le renseigne. L'intégralité des intervenants de la prise en soins déclarent savoir signaler les événements indésirables.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi structuré, portant sur le parcours du patient est en place. Il est géré par les pilotes du processus et le groupe de pilotage de la qualité. La cellule Qualité assure le recueil et l'utilisation des indicateurs nationaux IQSS et Hôpital Numérique, ainsi que des indicateurs qu'il a mis en place. Ceux-ci sont regroupés dans un tableau de bord. Le nombre de chute par an, le taux de traçabilité de la mesure du poids à l'entrée ou encore le nombre de retour à domicile sur le nombre de sorties sont des éléments pertinents recueillis en adéquation avec la typologie des patients accueillis et en osmose avec les orientations stratégiques. D'autres indicateurs sont relevés en lien avec la prise en charge de la douleur, la prise en charge des patients en fin de vie ou l'identitovigilance qui sont des points de vigilance compte tenu des prises en soins et de la population vieillissante accueillie. Les audits réalisés selon la méthode du « patient traceur » ont permis d'évaluer les pratiques à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Des EPP sont déployées qui portent sur la prévention des risques de chute, l'organisation de la prise en charge des urgences vitales, la préparation de la sortie de la personne dépendante en SSR, la dénutrition chez la personne âgée ou encore la prise en charge de la douleur ou la traçabilité de la conformité du port de bracelet d'identification du patient en ce qui concerne la thématique "parcours". L'établissement assure également le recueil et l'analyse de ses fiches d'événements indésirables en lien avec le processus. Des CREX sont réalisés avec les personnels soignants concernés sur des dysfonctionnements signalés sur ce processus. Des bilans d'activité sont réalisés annuellement par le CLUD, concernant la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, ainsi qu'au niveau de la Cellule d'IdentitoVigilance. Les questionnaires de sortie sont analysés et leurs résultats

diffusés. Ils permettent d'évaluer la qualité des soins, des conditions hôtelières, la prise en charge de la douleur. Le suivi de ces évaluations est régulièrement assuré et des synthèses sont réalisées, afin de permettre la mise en place d'actions correctives immédiates si besoin.

## A / AGIR

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

L'établissement, par l'intermédiaire de ses pilotes et du groupe de pilotage de la qualité, mène des actions d'amélioration concernant le parcours du patient en s'appuyant sur le résultat des différentes évaluations et l'analyse de ses risques. Les actions d'amélioration du PAQSS sont retrouvées dans le compte qualité de l'établissement. Des actions sont déjà en place notamment pour tout ce qui concerne la prise en charge des urgences vitales (formation des personnels, gestion du chariot d'urgence), le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, l'actualisation de la procédure d'accueil et de sortie du patient en SSR. Des actions portant sur l'identitovigilance ont été mises en œuvre en priorité : consolidation du fonctionnement de la CIV, actualisation de la procédure de mise en place du bracelet d'identification, formation des professionnels sur les bonnes pratiques en matière d'Identitovigilance. Des actions restent à finaliser. Elles portent sur la formalisation de l'organisation interne en matière d'éducation thérapeutique ou l'organisation de formations sur la sécurité alimentaire. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est régulièrement réévalué en fonction des résultats des indicateurs, de l'analyse des événements indésirables ou des comptes rendus des CREX. Ces réajustements sont réalisés avec les instances concernées si besoin. La communication des actions menées auprès des professionnels est effective. Les outils de communication utilisés sont le livret mensuel qualité remis tous les mois avec le bulletin de salaire, diffusés sur l'intranet, les rencontres pluridisciplinaires, les réunions des différentes instances, ainsi que la mise à disposition d'écrans tactiles dans toute la structure afin de diffuser par exemple des indicateurs. Le personnel rencontré lors des visites de terrain confirme être au courant des actions entreprises sur la thématique. Les usagers par l'intermédiaire de leurs représentants sont informés lors de la CDUVS, de la mise en place des plans d'action de la thématique. Des campagnes d'affichage sont également organisées.

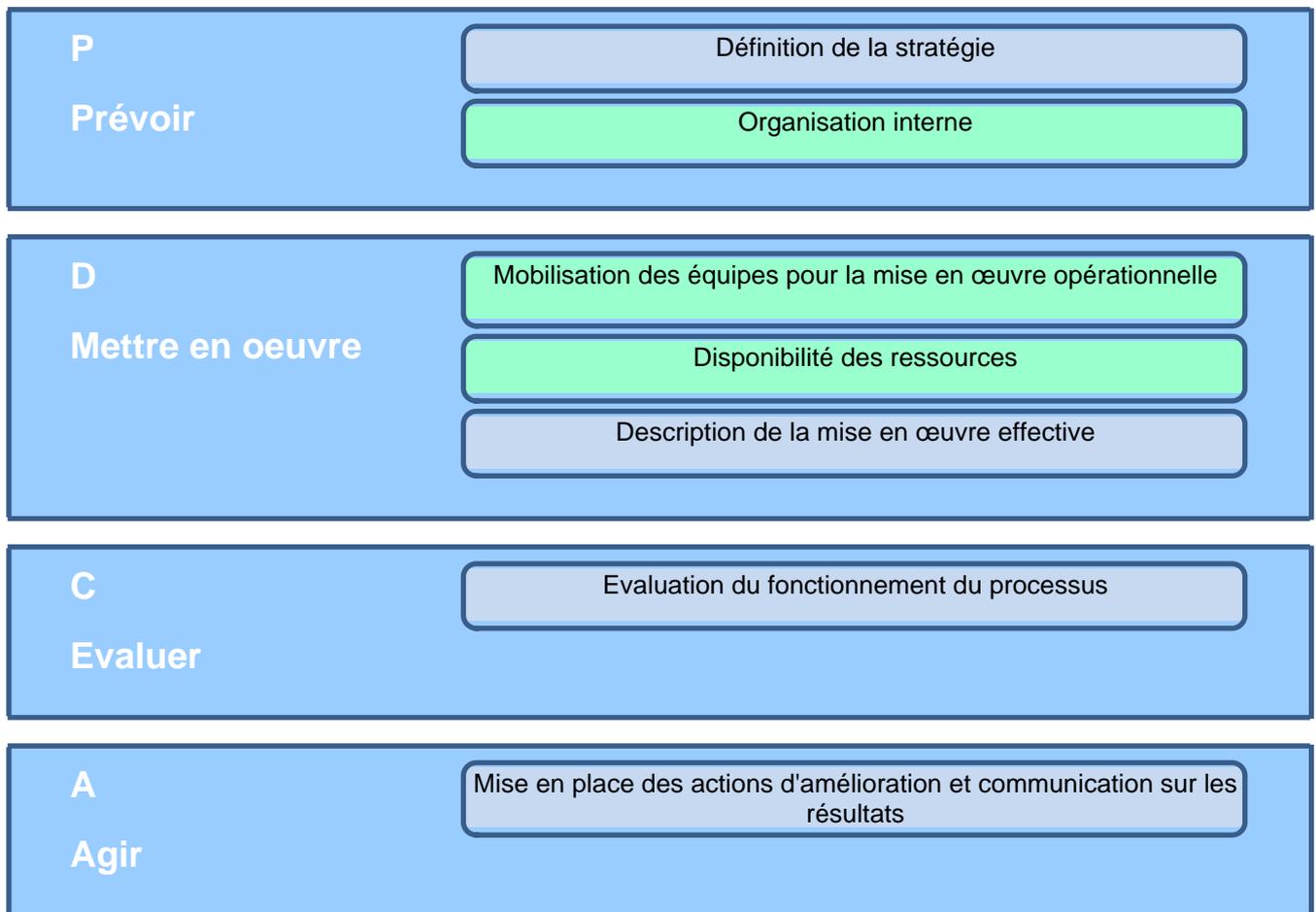
# DOSSIER PATIENT

## 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

La direction de l'établissement de santé de la Martinière a décrit sa stratégie concernant le dossier patient dans son projet d'établissement 2018/2022, pour optimiser ce dossier afin d'assurer une aide à la prise de décision pertinente. Celle-ci prend en compte la réglementation en vigueur, les préconisations de l'ARS, le Contrat d'Objectifs et de Moyens ainsi que les orientations stratégiques et repose sur le résultat des audits, des FEI. La politique du dossier patient et l'informatisation du dossier depuis sa création jusqu'à sa conservation, est défini, en garantissant le respect des délais de conservation et des procédures réglementaires sur l'archivage ainsi que l'accès du patient aux données qui le concernent. La politique du dossier patient constitue un des volets du schéma directeur du système d'information et de communication. L'établissement a défini sa politique de gestion du dossier du patient ; le programme qui en découle est présenté annuellement aux instances y compris à la CDUVS. Au moment de la visite, l'informatisation du dossier est en place, un logiciel métier pour lequel les professionnels ont été formés est utilisé et actualisé régulièrement. La politique et les objectifs retenus sont dictés par les conditions de fonctionnement spécifiques à l'établissement en fonction de son secteur d'activité de SSR. Les objectifs retenus sont donc fondés sur une analyse des besoins et des risques adaptés et validés par les instances. Une analyse des risques relatifs au dossier du patient a été réalisée par le biais d'une cartographie et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, lui-même intégré au plan global de l'établissement. Une Cellule d'Identitovigilance est chargée de cet aspect spécifique du dossier. Sur ce processus, l'établissement a identifié ses risques et définis ses plans d'action en corrélation avec ceux-ci dans son Compte Qualité qui est une émanation de son PAQSS global.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mené une réflexion pour piloter l'informatisation du dossier patient et a formalisé en 2017 une politique de gestion du DPI. Un groupe entourant le responsable informatique a été mis en place avec un règlement précisant les missions, la composition et l'organisation des réunions. Des référents ont été désignés et pour lesquels un profil de poste a été établi précisant les rôles et missions de ces référents. Les ressources humaines, matérielles et documentaires permettent d'atteindre les objectifs fixés. Pour compléter le dispositif, le groupe référent d'utilisateurs a permis entre autres, une réflexion sur les axes d'amélioration à apporter. La cartographie des risques a été centrée sur la complétude des dossiers, la sécurisation, et l'appropriation du dossier informatisé par les professionnels par la formation, ainsi qu'optimiser la communication du DPI. La réflexion a été poursuivie permettant la réalisation et la diffusion d'une procédure du dossier patient permettant la gestion des interfaces et des circuits des adjonctions papier. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées précisant la constitution du dossier, sa tenue depuis l'admission jusqu'à la sortie du patient, sa confidentialité, son classement et son archivage. Il précise également son utilisation et son accessibilité ainsi que les règles et droits d'accès du patient à son dossier. Une organisation du traitement des demandes de dossiers est en place afin d'assurer le respect des délais réglementaires à l'accès du patient à son dossier. L'attachée de direction est chargée de préparer les envois en lien avec le médecin concerné par la demande et la direction. En cohérence avec les besoins et risques identifiés, les ressources humaines sont en place en termes d'effectif. Des formations sont dispensées à l'attention des nouveaux arrivants ainsi qu'un tutorat qui permet d'accompagner l'appropriation du fonctionnement du dossier, le responsable informatique associé à la RAQ et à l'encadrement soignant en est l'organisateur. Les ressources documentaires relatives à l'ensemble du dossier du patient sont diffusées dans le système de documentation présent sur tous les postes informatiques de l'établissement. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité par le biais de protocoles dûment validés. Les règles d'accès au dossier sont formalisées et organisées par une procédure d'Utilisation du dossier patient connue de tous dont l'acquisition est contrôlée par l'encadrement soignant. Les protocoles et les procédures définissant les règles de tenue du dossier sont présents et validés. Ils traitent en particulier de la composition du dossier, des conditions d'écriture et d'accès, de la protection des données. Des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues pour pallier à une éventuelle rupture du fonctionnement du dossier électronique. Les locaux, équipements et maintenance sont adaptés aux besoins: les postes de soins, le secteur de rééducation, et les bureaux médicaux sont équipés de terminaux et portables.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur de soins sont établis en déclinaison des orientations stratégiques tendant à améliorer la gestion du dossier afin d'optimiser la prise en soins et sa

sécurité. La direction, les responsables des soins et de la qualité avec l'apport théorique du responsable informatique, les agents du bureau des entrées impliquent les professionnels du secteur de soins quant à la déclinaison du dossier patient informatisé. La démarche est personnalisée et la procédure d'utilisation du dossier patient implique toute l'équipe pluridisciplinaire, les rééducateurs y sont particulièrement attentifs. Le groupe dossier patient, anime des réunions de service autour du dossier patient et impulse une démarche d'amélioration en s'assurant de la conformité des pratiques notamment sur les indicateurs IQSS : nutrition, douleur, escarre. Ces indicateurs sont communiqués aux professionnels et des actions correctrices sont mises en place en cas de besoin. La conformité des pratiques est recherchée par des audits réguliers dont les résultats sont diffusés. L'évaluation des besoins lors des réunions pluri-disciplinaires apporte des éléments de réajustements des paramétrages pratiques. Des CREX et des actions de sensibilisation et de mobilisation des équipes sont mis en œuvre

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un dossier patient informatisé pour les prescriptions, les plans de soins, l'administration, les transmissions, la bureautique médicale (courriers, recueil, ordonnances, CR, etc.) est opérationnel. Les ressources en ordinateurs et chariots supports sont disponibles et assurent la prise en charge adaptée des patients. Ces outils permettent de créer, tracer et archiver en temps utile les éléments de la prise en soins. Un code d'accès nominatif au dossier patient informatisé, différent selon l'emploi et le métier exercé permet de sécuriser cet accès. Les dysfonctionnements du logiciel sont signalés par les utilisateurs via un système de signalement des EI. Une permanence assurée par le responsable informatique est effective en cas de besoin pour régler les problèmes relatifs à l'outil informatique. Les pilotes et le groupe dossier patient encouragent le personnel à déclarer les événements indésirables liés aux dysfonctionnements de l'outil. Certains documents venant des établissements envoyeurs comme les résultats biologiques, les résultats d'examen complémentaires, la fiche personne de confiance, la fiche directives anticipées, le dossier administratif, l'ordonnance du traitement personnel, le document médical à l'origine de la prise en charge etc qui sont numérisés et inclus au DPI autant que possible. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés grâce à la procédure d'utilisation du dossier d'hospitalisation. Les plans de formation sont organisés l'ensemble du personnel médical et paramédical a été formé à l'utilisation du logiciel "dossier patient informatisé". L'établissement dispose d'une salle d'archivage respectant la réglementation. Ce local d'archives permet la conservation des dossiers en respectant les normes de sécurité (fermeture, incendie). Les modalités standard et spécifiques (ayants droit, personne majeure sous tutelle) d'accès au dossier sont disponibles dans les services, les médecins y sont particulièrement attentifs. Les documents permettant d'expliquer au patient son droit et le mode d'accès à son dossier médical sont disponibles en particulier le livret d'accueil. Les demandes des dossiers des patients sont réalisées via un formulaire spécifique.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient comporte les informations administratives, le document médical à l'origine de la prise en soins, les motifs d'hospitalisation, les différents comptes rendus, les observations médicales, les prescriptions, les macro cibles, le recueil de données, les diagrammes de soins, les transmissions ciblées, la personne de confiance, les directives anticipées, la réflexion bénéfique /risque, le projet de soins personnalisé (soins palliatifs) et le consentement du patient. L'évaluation initiale du patient est systématiquement réalisée et tracée dès l'entrée du patient. La traçabilité des intervenants de la prise en charge médicale et paramédicale est réalisée en temps utile. La traçabilité de la validation des sorties est effectuée. La communication du dossier avec les correspondants extérieurs est assurée en temps utile. En cas de transfert externe à l'établissement, un courrier médical est réalisé en plus de la fiche de liaison paramédicale. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de continuité de la prise en soin, et l'identité du médecin prescripteur est mentionnée en caractères lisibles. Les règles d'identification du patient, les règles de confidentialité et les règles de tenue du dossier, formalisées et diffusées sur le GED, sont connus par l'ensemble des professionnels. La procédure dégradée en cas de panne informatique et la charte informatique sont connues par tous les professionnels. L'analyse des événements indésirables liés au dossier patient est réalisé en CREX. Un groupe dossier patient participe aux audits sur la traçabilité (douleur, suicide, poids et escarre) et sur la tenue du dossier patient. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles de manière à améliorer la qualité du dossier patient entre les secteurs d'activité qui connaissent et mettent en œuvre l'organisation pour optimiser le fonctionnement interfacé entre les secteurs (kine ergothérapie). Le recours aux archives médicales est opérationnel de manière à répondre aux besoins d'accès des professionnels aux données des prises en charge antérieures du patient. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont connus et respectés par les professionnels.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le management de l'établissement de la Martinière assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa politique sur la base d'outils identifiés, comme les tableaux de bord tracés les suivis d'indicateurs du dossier de soins, indicateurs IQSS (TDP, DEC, DS, TED, DTN), indicateurs Hôpital Numérique, nombre de plaintes concernant le dossier, nombre de FEI, suivi doublons/collisions. Des audits sur la tenue du dossier ont été menés, par la cellule qualité et le groupe dossier patient. L'établissement a mis en place une stratégie de suivi par la programmation d'audits ciblés sur les indicateurs qu'il s'est donné. Des évaluations des pratiques professionnelles sont effectuées par l'équipe pluridisciplinaire sur l'amélioration de la continuité de la prise en soins du patient par l'intermédiaire du DPI. Les délais de transmission des dossiers demandés par les patients sont suivis et conformes à la réglementation. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé par le CGQPR une fois par an ,dernier trimestre, par le biais d'un audit "complétude avant archivage".

## A / AGIR

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa politique sur la base d'outils identifiés. Le processus Dossier Patient fait l'objet d'actions d'amélioration et de réduction des risques incluses dans le PAQSS et décrites dans le Compte Qualité. Des mesures complémentaires sont programmées en fonction des résultats. Le programme d'amélioration du Dossier Patient est réévalué par les pilotes du processus en lien avec les professionnels de l'établissement. Les tableaux de bord tracés sur le suivi d'indicateurs du dossier de soins, indicateurs IQSS (TDP, DEC, DS, TED, DTN), indicateurs Hôpital Numérique, nombre de plaintes concernant le dossier, nombre de FEI, suivi doublons/collisions permettent de réajuster les actions. Des audits de tenue du dossier ont été menés, par le groupe dossier patient. Des évaluations des pratiques professionnelles sont effectuées par l'équipe pluridisciplinaire sur l'amélioration de la continuité de la prise en charge du patient par l'intermédiaire du DPI. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus "Gestion du Dossier Patient" est réalisé par le CGQPR régulièrement et présenté aux personnel, aux instances dont la CDUVS.

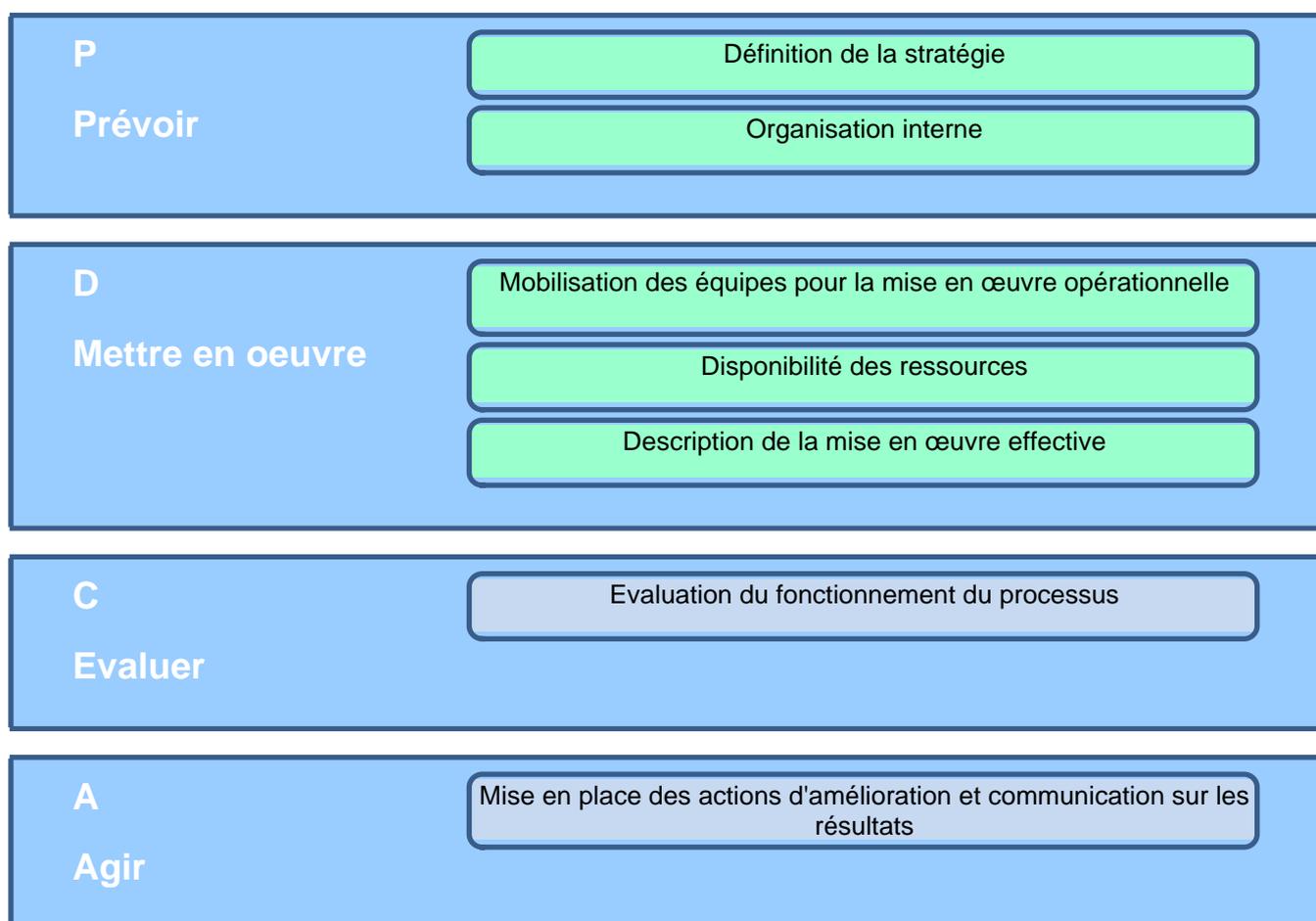
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La « Politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse », élaborée en tenant compte de l'identification des besoins, d'une analyse des risques propre au SSR de LA MARTINIÈRE a été définie et validée par les instances et particulièrement la CME. Ces risques liés à la prise en charge médicamenteuse ont été identifiés avec les professionnels (médecins, pharmacien, préparatrice en pharmacie, cadre de soins, infirmières et responsable qualité) lors des réunions d'un groupe de travail dont la constitution a été validée par la direction. L'analyse a porté sur toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement de santé a tenu compte des décisions de la certification V 2010, du résultat des indicateurs, de l'analyse des Fiches d'Evènements Indésirables, de la conclusion des CREX ayant eu pour thème la prise en charge médicamenteuse, pour élaborer sa stratégie. Les différentes pathologies rencontrées, les actes et activités réalisés au sein de l'établissement, les ressources à sa disposition, ainsi que la population accueillie (notamment les personnes âgées), ont également été prises en considération. L'analyse des risques et la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ont été présentées et validées par les instances de l'établissement dont le COMEDIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux), la CME, la CDUVS et le Comité de gestion de la qualité et de la prévention des risques ainsi que l'observatoire des risques. Le COMEDIMS, qui bénéficie d'un règlement intérieur, se réunit 3 fois par an, y siège des médecins, la cadre de soins, le pharmacien, la préparatrice en pharmacie et des infirmières référentes des services de soins. Les objectifs d'amélioration qui ont été fixés, ainsi que les actions jugées prioritaires qui en découlent, sont retrouvés dans le PAQSS et le compte qualité de l'établissement. Ces actions bénéficient d'un échéancier, d'un responsable et de modalités de suivi. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète de la prescription à l'administration. L'établissement a conventionné avec le centre hospitalier de LONGJUMEAU pour assurer son dépannage en produits pharmaceutiques. Compte tenu des statuts de l'établissement, celui-ci n'est pas dans l'obligation de souscrire à un CBUM (Contrat de Bon Usage du Médicament). L'établissement a défini les modalités de sa communication sur la politique de la prise en charge médicamenteuse, par le biais notamment des réunions du COMEDIMS et du logiciel de gestion documentaire .

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement de santé La Martinière a mis en place une organisation pour assurer le pilotage et la mise en œuvre de sa politique de la prise en charge médicamenteuse. Elle s'appuie sur un pilote qui est la pharmacien. Le COMEDIMS contribue à piloter le processus. Le pilote de processus bénéficie d'une fiche de « mission du pilote de processus, certification V2014 ». Le pharmacien gérant et la préparatrice en pharmacie travaillent toutes deux à temps partiel soit à 70 %. Une procédure détermine les modalités de remplacement du pharmacien gérant. Des procédures, destinées à aider le pharmacien remplaçant dans sa prise de poste, sont prévues. Une procédure « spécificités de l'organisation de la pharmacie » détermine le fonctionnement global de la PUI et fixe l'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Des procédures plus spécifiques déterminent les modalités de prescription (règles et supports de prescription), de dispensation et d'administration des thérapeutiques. La permanence pharmaceutique est organisée. La gestion des dispensations thérapeutiques est assurée en dotation nominative bimensuelle. Deux locaux dédiés aux médicaments, situés dans chacun des deux secteurs de soins, sont sécurisés. Ils sont équipés d'une armoire de dotation nominative pour besoin urgent et d'une armoire de dotation globale. Une procédure « dotation pour besoin urgent : stock et renouvellement » permet au personnel de trouver l'approvisionnement nécessaire en cas de besoin. La liste des médecins prescripteurs habilités est établie et connue de tous. Des campagnes d'informations, ainsi que des formations, sont régulièrement programmées pour le personnel soignant par la pharmacien, notamment sur le risque d'erreur médicamenteuse. Des documents d'aide à la prescription sont disponibles pour les médecins particulièrement pour les remplaçants, ainsi que des documents d'informations à destination des patients ou de leur famille qui leur sont distribués. Les besoins en procédures et protocoles ont été identifiés. Ils sont accessibles par le logiciel de l'établissement.

Des procédures pour la gestion des médicaments à risque, la iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée ou la prescription, la délivrance et l'administration des dérivés du sang, sont formalisées. La gestion des stupéfiants est organisée. Une procédure de « gestion des stupéfiants » a été rédigée. Une procédure concernant « la gestion des traitements personnels des patients » a été élaborée, elle est connue de tous. Le logiciel de soins , permet aux médecins d'assurer les prescriptions médicamenteuses, à la pharmacien gérant d'assurer directement depuis la PUI l'analyse pharmaceutique a priori du traitement et la dispensation, et aux infirmières la traçabilité de l'administration des thérapeutiques. Les règles de gestion, de transport, de rangement et de stockage, font l'objet de procédures, qui permettent une vigilance accrue sur « l'entretien et le contrôle des températures des réfrigérateurs destinés aux médicaments » ou celle sur « la gestion des médicaments périmés ». Une procédure « gestion des clefs de la pharmacie, du sas et des locaux dédiés aux médicaments » et une autre concernant la gestion de « l'alarme anti intrusion », ont été élaborées pour sécuriser l'accès à la PUI et aux locaux contenant des

médicaments. Afin de palier à toute panne informatique, il est prévu qu'une impression papier du traitement médicamenteux prescrit à l'entrée, soit réalisée et gardée. Il en est de même lors de tout changement de thérapeutique. La continuité de la prise en charge médicamenteuse est organisée avec, en amont de l'hospitalisation une demande qui est faite à l'établissement qui adresse le patient de fournir l'ordonnance du traitement en cours du patient à accueillir.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La pharmacien gérant, les membres du COMEDIMS, ainsi que la cadre de santé des secteurs de soins, se sont saisis des enjeux de la prise en charge médicamenteuse. La cadre de santé et le pharmacien gérant organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions. Ils sensibilisent les équipes sur les risques identifiés, la stratégie suivie et sa mise en œuvre opérationnelle. La cadre s'assure au quotidien de la conformité des pratiques, du respect des procédures et des protocoles qui ont été élaborés et validés. Les équipes sont impliquées dans la déclaration des événements indésirables en lien avec le médicament. Les plus graves sont traités en CREX. Le personnel est très attentif aux problèmes en lien avec la sécurité de la prise en charge médicamenteuse d'autant que la population de personnes âgées accueillie, peut présenter des troubles cognitifs. La communication concernant les actions en lien avec la thématique, est assurée par l'intermédiaire des écrans d'informations et tableaux d'affichage mis à disposition, lors des réunions institutionnelles comme le COMEDIMS et des réunions pluridisciplinaires, ainsi que par l'envoi de mails.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement de santé La Martinière répond aux exigences en termes de compétences et d'effectifs. Les actions de sensibilisation auprès des professionnels concernés par la qualité, la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, et les risques d'erreurs médicamenteuses, sont effectives. Une formation interne « prévenir les erreurs médicamenteuses » est également réalisée dispensée par la pharmacien. Les professionnels ont à leur disposition sur le réseau informatique les documents actualisés, utiles à la prise en charge médicamenteuse (procédures, protocoles, fiches techniques). Un classeur « informations pratiques relatives à la prescription » et un « classeur thérapeutiques » sont disponibles. Des documents d'information sur la thématique du médicament, et à destination des patients ou de leur famille sont disponibles dans les unités. On notera le document « vous êtes sous traitement anti coagulant ». L'établissement a mis à la disposition des professionnels des services les locaux et les ressources matérielles, notamment informatiques, nécessaires au bon fonctionnement du processus. Les chariots destinés à la distribution des traitements sont sécurisés par digicode. Les locaux dédiés aux médicaments sont fermés à clef, seules les infirmières et le personnel de la pharmacie, sont en possession de celles-ci. Les frigos dédiés aux médicaments, sont équipés de thermomètres. L'ensemble du matériel est entretenu et suivi. Le nombre d'ordinateurs portables est suffisant pour permettre la traçabilité de l'administration médicamenteuse au plus prêt du patient.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de son entrée, le patient est informé qu'il doit remettre aux infirmières son traitement personnel. Celui-ci est stocké dans un contenant spécifique dans le local dédié aux médicaments de chaque secteur. Les règles de prescriptions sont mises en œuvre, elles sont connues de tous les médecins rencontrés. Les prescriptions sur les dossiers de soins observés dans le cadre des visites de terrain et du patient traceur, sont conformes aux attendus. La liste des prescripteurs établie et mise à jour est disponible au niveau de la PUI. L'analyse pharmaceutique a priori est effectuée par le pharmacien gérant à chaque nouvelle prescription et/ou modification de traitement. La procédure de dispensation des thérapeutiques est respectée. Les traitements sont mis à disposition des soignants sous la forme d'une dotation bimensuelle. Ils sont stockés au niveau du local dédié aux médicaments. Les piluliers sont préparés le samedi par une infirmière du service pour la semaine. Les règles de bonnes pratiques concernant la préparation des traitements sont respectées. Les conditions de transports respectent les attendus en termes de sécurité, de confidentialité, ainsi que la chaîne du froid. Le stockage des toxiques dans les différents services se fait dans des coffres sécurisés. La gestion des médicaments à risque fait l'objet d'une attention particulière. Ils sont clairement identifiés dans les armoires à médicaments. L'administration ou la non administration (les raisons sont alors précisées sur le dossier patient informatisé) sont tracées en temps réel dans le logiciel de soins. En cas de besoin, les soignants utilisent les dotations nominatives pour besoin urgent (ils notent sur un document prévu à cet effet, le nom du patient et le traitement administré) ou les dotations globales par secteur. La préparatrice en pharmacie assure le réassort régulier de ces réserves. Les professionnels de santé informent les patients sur le bon usage des médicaments, notamment sur les médicaments anticoagulants avec remise de la note informative et sur tous médicaments considérés à risques importants. Les investigations de terrain au niveau de la PUI et des secteurs de soins confirment la sécurisation des locaux, des matériels et le respect des protocoles et procédures en lien avec la sécurisation du circuit du médicament, notamment celles portant sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé ou sur les traitements pouvant être écrasés. Lors de la sortie du patient, une ordonnance, conforme à la réglementation et imprimée depuis le logiciel

de soin, lui est remise et son traitement personnel rendu . Des explications lui sont données si son traitement de sortie a été modifié par rapport à son traitement d'entrée. Toute problématique concernant la prise en charge médicamenteuse fait l'objet de la création d'une fiche d'événement indésirable. Les personnels rencontrés confirment connaître ces fiches et les utiliser.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation structuré, il assure le recueil des indicateurs obligatoires IQSS et Hôpital Numérique. Il a également mis en place des indicateurs institutionnels en lien avec la prise en charge médicamenteuse. On notera ceux sur le taux de validation pharmaceutique, le taux de professionnels formés aux erreurs médicamenteuses, le nombre de réunions du COMEDIMS. Le recueil des fiches d'événements indésirables sur les erreurs médicamenteuses est assuré , fait l'objet d'indicateurs et de suivi. Certains événements sont analysés lors des CREX avec les professionnels de terrain. Des audits sont annuellement réalisés concernant le management de la prise en charge médicamenteuse. Plusieurs audits et enquêtes sont initiés comme: audit sur le risque global du médicament, les prescriptions, les piluliers, la gestion des périmés, le chariot d'urgence ou encore les besoins urgents. Les pratiques des infirmières relatives aux médicaments sont également auditées. Des outils d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse sont régulièrement utilisés afin d'évaluer l'ensemble du processus. En 2017, l'établissement a opté pour l'utilisation d'un outil proposé par le Centre National de l'Expertise Hospitalière, à la suite d'autres outils comme en 2016 l'outil INTERDIAG de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, en 2013 l'outil ARCHIMED de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'innovation Thérapeutique.

Des audits, régulièrement réalisés selon la méthode du " patient traceur", permettent également d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Un rapport d'activité est réalisé annuellement au niveau du service pharmacie, ainsi qu'un bilan de pharmacovigilance. Le suivi de ces évaluations est régulièrement assuré et des synthèses sont réalisées, afin de permettre la mise en place d'actions correctives immédiates si besoin.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont réalisées sur l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse. Elles ont pris en compte les résultats des évaluations, les risques identifiés et le retour des fiches d'événements indésirables. Elles sont intégrées et déclinées dans le PAQSS ainsi que dans le compte qualité. La mise en œuvre des actions comporte systématiquement l'identification d'au moins un pilote, un échéancier et d'indicateurs de suivi. Certaines actions ont déjà été mises en place, comme la mise à jour de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de la procédure de gestion des traitements personnels des patients, l'achat de chariots de distribution de médicaments sécurisés, la diffusion de la liste des médicaments à risque. D'autres actions sont à finaliser. Elles concernent la diffusion du "manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse" ou encore certains paramétrages du Dossier Patient Informatisé. Les actions d'amélioration font l'objet d'un suivi au niveau du COMEDIMS. Des réajustements sont réalisés. Ils permettent une réévaluation de la stratégie et de fixer de nouveaux objectifs. La communication sur la stratégie, les évaluations, les actions d'amélioration est effective. Elle passe essentiellement par la pharmacien gérant, la cadre de santé, le COMEDIMS, les réunions pluridisciplinaires. Les écrans mis à disposition dans la structure, permettent la diffusion des résultats des indicateurs à l'intention et l'attention des usagers, patients et entourages. Les membres de la CDUVS sont toujours informés de l'évolution du PAQSS.